

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich
Studiengang Sonderpädagogik
Masterarbeit

ADHS: Neuere Erkenntnisse zu Diagnose, Intervention und Pädagogik

Eingereicht von: Kaja Saake
Begleitung: Jürg Blickenstorfer
Datum der Abgabe: 22.06.2020

Abstract

Keine andere psychische Störung wird bei Kindern und Jugendlichen so häufig diagnostiziert wie ADHS.

Doch was genau ist ADHS? Welche sind die Ursachen, Symptome und Auswirkungen? Was können wir als Lehrpersonen tun?

Auf diese Fragen soll die vorliegende Masterarbeit Antworten geben. Dazu wurde der aktuelle Forschungsstand recherchiert.

Ziel ist es, das Phänomen ADHS besser zu verstehen und es aus verschiedenen Perspektiven zu durchleuchten. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Ursachen, der Diagnostik, den möglichen Interventionsformen und der Pädagogik im Umgang mit ADHS.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1. Ausgangslage | 8 |
| 1.1. Ziel dieser Masterarbeit | 9 |
| 1.2. Methodik | 9 |
| 1.3. Prävalenz | 10 |
| 1.4. ADHS als Problem der Pädagogik | 10 |
| 2. Fragestellung | 11 |
| 3. Klassifikation..... | 11 |
| 4. Symptomatik | 15 |
| 4.1. Störung der Aufmerksamkeit | 15 |
| 4.2. Hyperaktivität/motorische Unruhe | 16 |
| 4.3. Impulsivität | 16 |
| 5. Ätiologie | 17 |
| 5.1. Neurobiologische Faktoren | 18 |
| 5.1.1. Genetische Faktoren | 18 |
| 5.1.2. Schädigung des Zentralnervensystems | 18 |
| 5.2. Neurochemische Faktoren | 19 |
| 5.3. Neuroanatomische und neurophysiologische Faktoren | 20 |
| 5.4. Neuropsychologische Befunde und Modelle | 21 |
| 5.5. Motivationale Faktoren..... | 22 |
| 5.6. Psychosoziale Faktoren | 22 |
| 5.7. Umweltfaktoren..... | 23 |
| 6. Verlauf..... | 23 |
| 6.1. Vorschulalter..... | 24 |
| 6.2. Schulalter..... | 25 |
| 7. Verschiedene Sichtweisen auf ADHS..... | 25 |
| 7.1. ADHS als psychische Störung..... | 25 |
| 7.2. ADHS als Verhaltensauffälligkeit | 26 |
| 7.3. ADHS als soziale Konstruktion | 27 |
| 7.4. ADHS als entwicklungsbezogene Störung der Exekutivfunktionen..... | 29 |
| 7.5. Diskussion Sichtweisen | 31 |
| 8. Diagnostik..... | 32 |
| 8.1. Leitlinie 1: Exploration der Eltern und der ErzieherInnen/Lehrpersonen | 34 |
| 8.2. Leitlinie 2: Exploration des Kindes | 35 |
| 8.3. Leitlinie 3: Standardisierte Fragebögen | 36 |
| 8.4. Leitlinie 4: Testpsychologische Untersuchung | 36 |

| | | |
|---------|---|----|
| 8.5. | Leitlinie 5: Körperliche Untersuchung | 37 |
| 8.6. | Leitlinie 6: Verlaufskontrolle | 37 |
| 8.7. | Differenzialdiagnostik | 37 |
| 8.8. | Diskussion Diagnostik..... | 39 |
| 9. | Komorbiditäten | 40 |
| 10. | Diagnostik aus (Heil-)pädagogischer Perspektive | 41 |
| 11. | Stärken und Ressourcen von ADHS Kindern finden und fördern..... | 42 |
| 12. | Interventionen..... | 43 |
| 12.1. | Psychoedukation..... | 44 |
| 12.2. | Kindzentrierte Interventionen..... | 45 |
| 12.2.1. | Pharmakotherapie..... | 47 |
| 12.2.2. | Verhaltenstherapie..... | 50 |
| 12.3. | Patientenzentrierte verhaltenstherapeutische Intervention..... | 50 |
| 12.3.1. | Konzentrations- und Selbstinstruktionstraining..... | 50 |
| 12.3.2. | Selbstmanagement-Methoden..... | 50 |
| 12.3.3. | THOP..... | 51 |
| 12.3.4. | (Response-Cost-)Token-System..... | 53 |
| 12.3.5. | Spieltraining bei Kindern im Vorschulalter..... | 54 |
| 12.3.6. | Neurofeedback..... | 54 |
| 12.3.7. | Förderung der exekutiven Funktionen..... | 55 |
| 12.3.8. | Ergotherapie | 56 |
| 12.4. | Familienzentrierte Intervention..... | 57 |
| 12.5. | Kindergarten-/Schulzentrierte Intervention | 57 |
| 12.6. | Diskussion Interventionsmöglichkeiten | 58 |
| 13. | Umgang mit ADHS in der Pädagogik..... | 59 |
| 13.1. | Klassenzimmer/Unterrichtsorientiert..... | 59 |
| 13.1.1. | Lerntipps für ADHS-Kinder..... | 62 |
| 13.2. | Lehrpersonenzentriert | 65 |
| 13.3. | Diskussion Pädagogik | 67 |
| 14. | Fazit oder: Haben wir nicht alle ein bisschen ADHS? | 68 |
| 15. | Methodenkritik..... | 71 |
| 16. | Ausblick..... | 72 |
| 17. | Literaturverzeichnis | 73 |
| 18. | Anhang | 76 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|---|
| ADHS | Aufmerksamkeitsdefizit-und Hyperaktivitätsstörung |
| ADS | Aufmerksamkeitsdefizitstörung |
| DSM-5 | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| ICD-10 | International Classification of Mental and Behavioural Disorders – Tenth Edition |
| LP | Lehrperson |
| KLP | Klassenlehrperson |
| EEG | Elektroenzephalogramm |
| SHP | Schulische Heilpädagogin/Heilpädagoge |
| THOP | Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellem Problemverhalten |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Kriterien für die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-4 (Döpfner et al., 2013) | 13 |
| Abbildung 2: Kriterien für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10 (Döpfner et al., 2013) | 15 |
| Abbildung 3: Modell der ADHS nach Döpfner et al.2008) Quelle: https://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00102067-1.pdf | 19 |
| Abbildung 4: Neuropsychologische Auffälligkeiten nach ADHS nach Barkley (Döpfner et al., 2013) S.15 | 21 |
| Abbildung 5: Dual-Pathway-Modell nach Sonuga-Barke, Quelle: http://rosdok.uni-rostock.de/file/rosdok_disshab_0000001367/rosdok_derivate_0000027870/Dissertation_Havenstein_2015.pdf | 22 |
| Abbildung 6: Exekutivfunktionen nach Brown (2018 S.36) | 29 |
| Abbildung 7: Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum (Döpfner et al.2009) vgl. (Steinhausen et al., 2010, S.251)..... | 39 |
| Abbildung 8: Entscheidungsbaum zur Planung einer multimodalen Therapie bei Schulkindern mit ADHS (Ulbricht, 2020)..... | 46 |
| Abbildung 9: Wirkstoffe zur Behandlung von ADHS (Siemssen, 2017)..... | 49 |
| Abbildung 10: Aufbau und Inhalte von THOP (Döpfner et al., 2013, S.82) | 52 |
| Abbildung 11: FEX-Aufgabenhelfer (Bild gefunden auf https://project-onlineshop.de/media/image/e1/32/a6/096687_Aufgabenhelfer_F_02.jpg)..... | 65 |
| Abbildung 12: https://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/zentrales_adhs-netz/für_therapeuten/Diagnostik/Diagnostik_Ki_Ju/Diagnose_Checkliste_DCL_ADHS.pdf .. | 76 |
| Abbildung 13: Döpfner et. al.,2013, S. 77..... | 77 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Merkmale von ADHS nach DSM-5..... | 12 |
| Tabelle 2: Merkmale Hyperkinetischer Störungen nach ICD-10..... | 14 |
| Tabelle 3: Verlauf von ADHS vgl. (Döpfner et al., 2013) S.19 | 23 |
| Tabelle 4: Leitlinie 1 vgl. (Döpfner et al., 2013), S.44-64..... | 34 |
| Tabelle 5: Leitlinie 2 vgl. (Döpfner et al., 2013), S. 65-69..... | 35 |
| Tabelle 6: Komorbide Störungen bei ADHS und ihre Prävalenz (Quelle: https://www.zentrales-adhs-netz.de/infos-zu-adhs/allgemeine-infos-zu-adhs/) | 41 |
| Tabelle 7: Exekutive Funktionen und Definition nach Brunsting ((Brunsting, 2011)..... | 56 |
| Tabelle 8: Empfehlungen für Lehrkräfte nach Grolimund und Rietzler (Grolimund, 2016), S.209-213 | 59 |

1. Ausgangslage

Es ist 6:15 Uhr, mein Wecker klingelt. Während ich mich müde und schwerfällig aus dem Bett quäle, tanzt mein 8-jähriger Sohn bereits munter um den Küchentisch, trällert ein Kinderlied nach dem nächsten. Nachdem auch sein 4-jähriger Bruder aufgestanden ist, wird diesem bei jeder Umrundung des Tisches einmal unsanft auf den Kopf geklopft.

Ein ganz normaler Morgen als Mutter eines ADHS betroffenen Kindes. Flynn wacht auf und ist voller Energie. Er setzt diese vor allem körperlich und wenig zielgerichtet ein. Er startet seinen Tag mit Provokationen, lautem und wilden Verhalten. Er hat jeden Tag aufs Neue Mühe, sich an alle Dinge zu erinnern, die er vor der Schule erledigen muss: Frühstück, Waschen, Zähneputzen, Anziehen und seine Schulsachen zusammenpacken. Man kann sicher sein, dass er mindestens zwei dieser Dinge vergisst, da er von allem, was ihm auf seinem Weg begegnet, abgelenkt wird.

Dieses Verhalten wird in der Schule weitergeführt. Er hat Mühe dem Unterrichtsgeschehen zu folgen, lässt sich von jeder kleinen Störung ablenken. Er reagiert mit Provokationen gegenüber der Lehrperson und seinen Mitschülerinnen und Mitschülern. Konzentriert arbeiten kann er nur, wenn er ein besonderes Interesse an einem Thema hat oder eine sofortige Belohnung auf ihn wartet.

Mein Sohn ist damit kein Einzelfall. Statistisch gesehen verbringen 5-7% (vgl. Gundelfinger, 2019) aller Eltern von Schulkindern ihren Morgen so oder so ähnlich.

ADHS ist ein sehr präsent Thema für mich, sowohl als betroffene Mutter, als auch als Heilpädagogin und Lehrerin. Die Grenzen zwischen diagnostizierter ADHS und einfachem unruhigen Verhalten oder Aufmerksamkeitsproblemen, sind fließend.

Ich arbeite momentan in fünf verschiedenen Kindergärten und zwei ersten Klassen als Heilpädagogin. Betrachte ich das Verhalten dieser Kinder, zeigen ca. vier Kinder pro Klasse Symptome die auch bei ADHS auftreten. Dazu gehören in diesen Fällen ein Problem mit der Aufmerksamkeit, Hyperaktivität oder zumindest ständige motorische Unruhe und vor allem eine verminderte Impulskontrolle.

Dass nicht alle von diesen Kindern ADHS haben, ist vollkommen klar. Im Kindergartenalter hängen diese Verhaltensauffälligkeiten sehr oft mit den, noch nicht entwickelten, exekutiven Funktionen zusammen. Aber ab wann genau kann man von ADHS sprechen? Wie kann ich als

Lehrperson und Heilpädagogin mit diesen Verhaltensauffälligkeiten umgehen? Handelt es sich überhaupt um eine Verhaltensauffälligkeit?

Auf diese Fragen hoffe ich mit dieser Masterarbeit Antworten zu finden, um anschliessend zu verstehen was ADHS ist, woher sie kommt, welche Interventionsmöglichkeiten es gibt und was sie für meine Pädagogik bedeutet.

Ratgeber, Dokumentationen und Diagnostikinstrumente findet man in rauen Mengen. Der Kern der ADHS ist dabei zwar immer ähnlich beschrieben, aber unterscheidet sich doch in gewissen Ansichten, Aspekten und Details.

In meiner Masterarbeit möchte ich aus dieser Fülle an Informationen den aktuellen Forschungsstand des Themas «Was ist ADHS?» festhalten. Dies im Besonderen in Bezug auf Diagnostik, Interventionen und Pädagogik.

1.1. Ziel dieser Masterarbeit

Das Ziel dieser Masterarbeit ist es, ein vertieftes Verständnis für das Störungsbild der ADHS zu bekommen. Ich möchte zum einen die Ursachen kennenlernen und den Prozess der Diagnostik verstehen. Zum anderen soll diese Arbeit einen guten Überblick über sinnvolle Interventionsmöglichkeiten geben. Interventionen, die sich sowohl auf den privaten als auch den pädagogischen Bereich beziehen.

Nach Abschluss der Arbeit möchte ich in der Lage sein, als heilpädagogische Fachperson, zur Diagnostik und Unterstützung im angemessenen Rahmen meiner Kompetenzen bei ADHS im schulischen Bereich einen sinnvollen Beitrag zu leisten.

1.2. Methodik

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturliteraturarbeit. Bei der ausgewählten Literatur handelt es sich um Artikel aus Fachmagazinen, Lehrwerke und Ratgeber. Gefunden habe ich diese in Bibliotheken und mit Hilfe von Online-Recherche. Tipps bekam ich weiter von einer mir bekannten Kinder- und Jugendpsychiaterin, sowie dem Kinderarzt meines Sohnes. Eine weitere Hilfe war auch das Wahlmodul der HfH zum Thema ADHS.

Ein Kriterium bei der Auswahl der Literatur war das Erscheinungsdatum. Wenn möglich sollte die Literatur in den letzten 10-20 Jahren erschienen sein. Weiter war mir wichtig Experten und

Expertinnen zu zitieren, die hohes Ansehen in Bezug auf mein Thema genießen. Erkennen konnte ich das unter anderem daran, wie oft sie zitiert wurden und auf ihre Werke verwiesen wurde. Anschließend habe ich die gewählte Literatur in Bezug auf meine Fragestellung analysiert und mir die entsprechenden Informationen beschafft. Dazu habe ich die Literatur verglichen und nach übereinstimmenden Aussagen gesucht.

1.3. Prävalenz

Über die Prävalenz von ADHS lässt sich nach dem zentralen ADHS-Netz (verfügbar unter <https://www.zentrales-adhs-netz.de/infos-zu-adhs/allgemeine-infos-zu-adhs/>) aktuell sagen, dass nach den eng gefassten Kriterien des ICD-10 1%-3% aller Schulkinder von ADHS betroffen sind. Nach den etwas weiter gefassten Kriterien des DSM-5 betrifft ADHS 3%-7% aller Schulkinder. Jungen sind von dieser Störung zwei bis viermal häufiger betroffen als Mädchen. Gundelfinger (2019) spricht von 2% aller Vorschulkinder, 5%-7% aller Schulkinder und 3%-4% aller Erwachsenen, welche von einer diagnostizierten ADHS betroffen sind. Laut Abelein und Stein (2017) sind Studien zufolge zwischen 4,4% und 4,8% aller Kinder und Jugendlichen international von einer diagnostizierten ADHS betroffen.

1.4. ADHS als Problem der Pädagogik

Aufgrund der oben beschriebenen Prävalenz von ADHS im Vorschul- und Schulalter ist davon auszugehen, dass jede Lehrperson und jede Heilpädagogin, sowie jeder Heilpädagoge früher oder später mit diesem Störungsbild in Berührung kommt.

Auch wenn es nicht unsere Aufgabe ist, ADHS zu diagnostizieren, weiter noch, es sogar untersagt ist, sind wir doch diejenigen, die täglich mit diesen Kindern zusammenarbeiten und für eine adäquate Schulbildung verantwortlich sind. Wir sind Ansprechpersonen für Eltern und auch Fachleute, sobald eine Verdachtsdiagnose besteht. Deshalb halte ich dieses Thema für absolut relevant für unseren Berufsalltag. Je besser sich Pädagogen und Pädagoginnen damit auskennen, desto besser wird man mit den Herausforderungen, die ein ADHS-Kind im Unterricht mit sich bringt, umgehen können. Im Besonderen sind wir als schulische Heilpädagogen und Heilpädagoginnen für Kinder mit speziellen Bedürfnissen massgeblich mitverantwortlich und ein Kind mit ADHS hat eine Menge davon!

Die Prävalenzrate und meine persönliche Betroffenheit als Mutter eines Sohnes mit ADHS machen dieses Thema für meinen privaten Alltag und meinen Berufsalltag sehr wichtig und interessant, weshalb ich mich für die folgenden Fragestellungen in der vorliegenden Masterarbeit entschieden habe.

2. Fragestellung

Hauptfragestellung:

Welche Ansätze gibt die Wissenschaft derzeit in Bezug auf ADHS her?

Unterfragestellungen:

Wie wird ADHS diagnostiziert?

Welche Therapieansätze und Interventionen werden empfohlen?

Welche Konsequenzen können für die pädagogische Praxis gezogen werden?

3. Klassifikation

Allem vorweg kann ich nach der Durchsicht der relevanten Literatur sagen, dass keine Einigkeit über ADHS herrscht. Es gibt eine Vielzahl an Ansätzen und Perspektiven, die ADHS verschiedene Namen geben. Allen liegen jedoch die gleichen Symptome zugrunde.

Im Folgenden werde ich die bedeutendsten Ansätze in einer idealtypischen Sichtweise darstellen. Es gibt keine eindeutigen Abgrenzungen der einzelnen Perspektiven, weshalb ich mich für diese Form entschieden habe. Alle Ansätze haben ihre Berechtigung und führen ein Stück weiter dazu, ADHS zu verstehen.

Ich möchte damit beginnen aufzuzeigen, worauf man sich international in Bezug auf ADHS geeinigt hat. Zunächst mithilfe des DSM-5, dem diagnostischen und statistischen Manual für psychische Störungen.

ADHS wird hier als Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung klassifiziert und als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bezeichnet.

„Ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität (...), welches das Funktionsniveau oder die Entwicklung beeinträchtigt.“ (American Psychiatric Association, 2015, S. 40). Die zentralen Symptome dabei sind Unaufmerksamkeit sowie Hyperaktivität und Impulsivität.

Folgend werde ich nun diese Symptome nach DSM-5 auflisten.

Zentral hierbei ist, dass sich die Symptome der Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität über mindestens sechs Monate erstrecken und sich negativ auf soziale sowie schulische oder berufliche Aktivitäten auswirken. Bei Kindern bis 16 Jahren müssen mindestens sechs der folgenden Merkmale erfüllt sein, bei Erwachsenen mindestens fünf, um die Diagnose ADHS stellen zu können. Je nach Ausprägung und Anzahl der Merkmale unterscheidet DSM-5 zwischen einem leichten, mittleren und schweren Schweregrad.

Die einzelnen Merkmale habe ich in der folgenden Tabelle zusammengefasst. (vgl. American Psychiatric Association, 2015, S. 40-43)

Tabelle 1: Merkmale von ADHS nach DSM-5

| Unaufmerksamkeit | Hyperaktivität und Impulsivität |
|---|---|
| Beachtet Einzelheiten nicht, macht oft Flüchtigkeitsfehler, arbeitet ungenau | Zappelt häufig mit Händen und Füßen, rutscht auf dem Stuhl herum |
| Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten und konzentriert zu bleiben | Steht oft in Situationen auf, die Sitzenbleiben erfordern |
| Scheint häufig nicht zuzuhören, scheint in Gedanken häufig woanders zu sein | Läuft häufig herum |
| Führt häufig Anweisungen nicht vollständig durch, bringt Pflichten und Aufgaben nicht zu Ende, verliert schnell den Fokus, ist leicht ablenkbar | Hat häufig Schwierigkeiten ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen |

| | |
|--|--|
| Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren (Zeitmanagement, Ordnung) | Handelt häufig „getrieben“, scheint ruhelos |
| Vermeidet häufig Aufgaben, die länger andauernde Anstrengung erfordern | Redet häufig übermässig viel |
| Verliert häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben und Aktivitäten benötigt werden | Platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist, kann bei Unterhaltungen nicht abwarten |
| Lässt sich oft durch äussere Reize ablenken | Kann häufig nur schwer warten, an der Reihe zu sein |
| Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich | Unterbricht oder stört andere häufig, platzt in Aktivitäten anderer hinein |

DSM-5 unterscheidet zwischen einem Mischtyp, einem vorwiegend unaufmerksamen Typ und einem hyperaktiv-impulsiven Typ, wie die folgende Abbildung zeigt (vgl. Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2013, S.3).

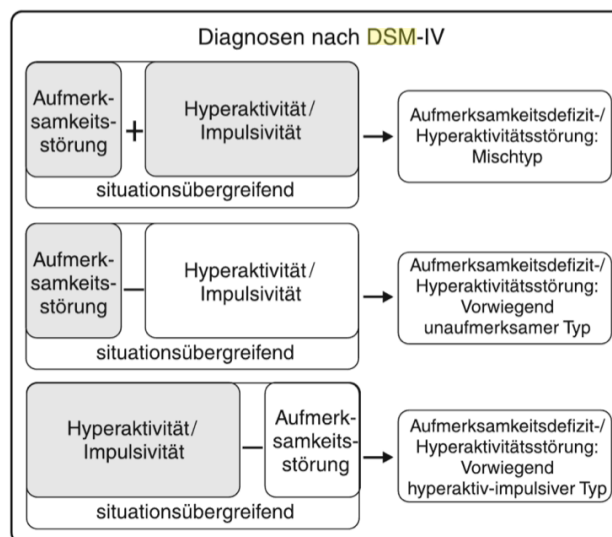


Abbildung 1: Kriterien für die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-4 (Döpfner et al., 2013)

Eine weiteres internationales Klassifikationssystem stellt die ICD-10, die internationale Klassifikation von Krankheiten/psychischen Störungen dar. Auch hier wird die Symptomatik der ADHS beschrieben.

Bei der ICD-10 wird der Überbegriff „hyperkinetische Störungen“ verwendet. Es wird zwischen zwei Arten unterschieden: einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens. In der folgenden Tabelle sind die Merkmale nach ICD-10 zusammengefasst (vgl. WHO, 2015).

Tabelle 2: Merkmale Hyperkinetischer Störungen nach ICD-10

| Unaufmerksamkeit | Überaktivität | Impulsivität |
|--|--|--|
| Sind unaufmerksam gegenüber Details, Flüchtigkeitsfehler | Zappeln häufig mit Händen und Füßen | Platzen häufig mit Antworten raus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist |
| Sind häufig nicht in der Lage, Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten | Verlassen ihren Platz in Situationen, in denen Sitzenbleiben erforderlich ist | Können häufig nicht warten bis sie an der Reihe sind |
| Scheinen oft etwas nicht zu hören | Laufen häufig herum | Unterbrechen und stören andere häufig |
| Können oft Erklärungen nicht folgen, Aufgaben und Pflichten werden oft nicht erfüllt | Sind häufig unnötig laut und haben Schwierigkeiten, sich ruhig zu beschäftigen | Reden häufig exzessiv, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren |
| Sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren | Zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten | |
| Vermeiden ungeliebte Aufgaben, die Durchhaltevermögen erfordern | | |
| Verlieren häufig Gegenstände | | |
| Werden häufig von externen Stimuli abgelenkt | | |
| Sind im Verlauf der alltäglichen Arbeiten oft vergesslich | | |

Die ICD-10 unterscheidet zwischen zwei Subtypen, was die folgende Abbildung zeigt (vgl. Döpfner et al., 2013, S.3).

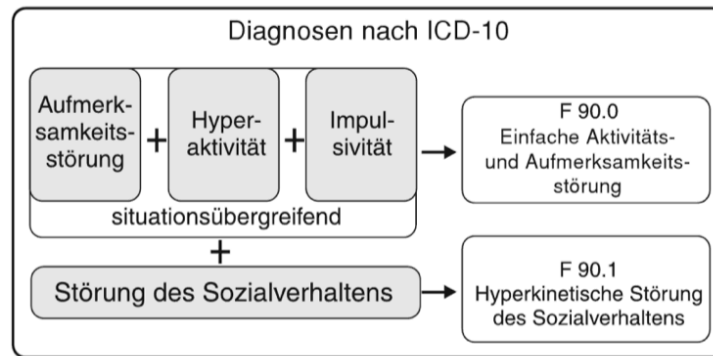


Abbildung 2: Kriterien für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10 (Döpfner et al., 2013)

4. Symptomatik

Über die Symptomatik der ADHS herrscht, im Gegensatz zu Ursachen, Verlauf und Intervention, absolute Einigkeit. Die Kernsymptome der ADHS werden in sämtlicher Literatur immer gleich beschrieben: Das sind eine gestörte Aufmerksamkeit, Hyperaktivität/motorische Unruhe und Impulsivität. Neuhaus (2013, S.14) fasst die drei Kernsymptome folgendermassen zusammen:

„Aufmerksamkeitsstörung, als Schwierigkeit, willentlich ausreichend lang auch ohne spezielle Motivation an einer Aufgabe dranbleiben zu können und sie fertig zu stellen.

Impulsivität als Schwierigkeit, emotionale, Sprech- und Handlungsimpulse ausreichend lang zurückhalten zu können, um sie erfahrungs- und situationsangemessen umzusetzen und der Realität anzugleichen.

Hyperaktivität als Schwierigkeit, basale Bewegungsimpulse und -muster situationsangepasst zurückzuhalten.“

4.1. Störung der Aufmerksamkeit

Kinder mit ADHS haben eine geringe Aufmerksamkeitsspanne und können nur für eine kurze Zeit an der gleichen Sache bleiben. Beim Spielen werden viele Dinge neu entdeckt, aber es fällt ihnen schwer, sich in ein Spiel zu vertiefen. Situationen in denen Konzentration gefordert wird, vermeiden ADHS Patienten, wenn möglich.

Eine Ausnahme stellen dabei Beschäftigungen dar, die einen hohen Belohnungscharakter haben, wie zum Beispiel Fernsehen oder Videospiele (vgl. Huss, 2002, S.33).

Grolimund und Rietzler (2016) sprechen in diesem Zusammenhang davon, dass sich manche ADHS Kinder sogar hyperfokussieren können, sobald sie sich mit einem Lieblingsthema beschäftigen dürfen. Sie sind der Meinung, dass der Begriff „Aufmerksamkeitsdefizit“ deshalb irreführend ist, und sprechen von einem „Aufmerksamkeits-**Lenkungs**-Defizit.“ (Grolimund & Rietzler, 2016, S.14).

„Die Kinder sind leicht ablenkbar, Aufgaben werden vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten werden nicht beendet.“ (Döpfner, Schürmann, Frölich, 2017, S.25). Meistens ist dieses Verhalten bei Tätigkeiten zu beobachten, die vom Kind nicht selbst gewählt worden sind. Gerade in der Schule fällt die mangelnde Konzentration und Ausdauer auf, da die meisten Aktivitäten fremdbestimmt sind (vgl. Döpfner et al., 2017, S.26).

Gawrilow (2016) führt im Zusammenhang mit der Unaufmerksamkeit noch an, dass ADHS Kinder häufig vergesslich sind, Dinge verlieren, Flüchtigkeitsfehler machen und Anweisungen und Instruktionen nur schlecht befolgen können. Ebenfalls spricht sie von einem hohen Mass an Ablenkbarkeit.

4.2. Hyperaktivität/motorische Unruhe

Kinder mit ADHS fallen meist schon sehr früh durch ihren ausgeprägten Bewegungsdrang und ihre motorische Unruhe auf. Ständiges Zappeln und Ruhelosigkeit in Situationen, die eigentlich Ruhe verlangen, gehören bei ADHS Kindern zum ständigen Alltag dazu. In der Schule stehen sie häufig auf und auch Klettern in unpassenden Situationen gehört dazu (vgl. Döpfner et al., 2017, S.27). Jedoch gibt es auch bei der körperlichen Unruhe Ausnahmen, wie zum Beispiel bei Lieblingsaktivitäten oder wieder dem Computer-oder Videospiele und dem Fernsehen (vgl. ebd., S.27). Gawrilow (2016, S.22), beschreibt ADHS Kinder als würden sie „getrieben“ wirken. Grolimund und Rietzler (2016, S.17) führen in diesem Zusammenhang noch an, dass ADHS Kinder „fast unaufhörlich und sehr schnell reden“.

4.3. Impulsivität

Die Störung der Impulskontrolle stellt, mit das schwerwiegendste Problem der ADHS dar, da es auch grosse Auswirkungen auf das soziale Umfeld der betroffenen Kinder hat. Es fällt ihnen

schwer, die Bedürfnisse anderer richtig einzuschätzen und sich dementsprechend zu verhalten, so dass sie oft distanzlos wirken (vgl. Grolimund & Rietzler, 2016, S.17). Mangelnde Impulskontrolle zeigt sich zum Beispiel durch häufige Wutausbrüche und stark ausgeprägte Ungeduld. Ein ADHS-Kind reagiert meist spontan ohne nachzudenken doch sein unüberlegtes Handeln geschieht nicht vorsätzlich (vgl. Huss, 2002, S.35-37). Handlungen erfolgen oft plötzlich und erste Ideen und Handlungsimpulse werden ausgeführt, ohne über eventuelle Konsequenzen nachzudenken. Bedürfnisse können nur schwer aufgeschoben werden, wie es sonst eher bei jüngeren Kindern der Fall ist (vgl. Döpfner et al., 2017, S.26/27).

5. Ätiologie

Abelein und Stein (2017, S.68) zitieren Barkley folgendermassen:

„Die ernst zu nehmende Forschung zu den Ursachen der ADHS stellt heute Störungen im Gehirn in den Vordergrund.“

Bevor ich mich mit diesen Störungen auseinandersetze, möchte ich kurz erklären, wie das Gehirn ohne Störungen funktionieren sollte.

Reize oder Informationen aus der Umwelt gelangen über unsere Sinnesorgane mittels Nervenbahnen ins Gehirn. Dort werden sie an die entsprechende Hirnregion weitergeleitet und verarbeitet. Darauf folgt die Auslösung einer Reaktion oder Handlung. Da die vielen Reize von aussen den Menschen überfordern, ist es nötig relevante Reize zu selektieren. Nur so kann der Mensch zielgerichtet handeln und die Aufmerksamkeit auf das Wesentliche richten. Um diese Aufgabe zu erfüllen, braucht das menschliche Gehirn ein funktionierendes neuronales Netzwerk (ein Netzwerk aus Nervenzellen), für das Neurotransmitter (Botenstoffe) verantwortlich sind. Die Reize müssen von einer Nervenzelle zur nächsten transportiert werden, wobei sie den synaptischen Spalt passieren, der sich zwischen zwei Nervenzellen befindet. Die Neurotransmitter werden in diesem synaptischen Spalt freigesetzt und ermöglichen so den Informationsaustausch zwischen den Nervenzellen (vgl. Abelein & Stein, 2017, S68/69).

5.1. Neurobiologische Faktoren

Generell kann man nach einer Vielzahl von Studien heute sagen, dass bei ADHS die Informationsverarbeitung im Gehirn eingeschränkt ist. Diese Funktionseinschränkung kann durch Komplikationen in der Schwangerschaft, toxische Substanzen oder neurologische Erkrankungen mitverursacht oder verstärkt werden (vgl. Döpfner et al., 2013, S.10).

5.1.1. Genetische Faktoren

Studien belegen, dass die Heritabilität von ADHS zwischen 60% und 90% liegt. Gawrilow (2016) erklärt, dass Gene lokalisiert wurden, die in die Dopaminregulation eingreifen und bei ADHS Betroffenen verändert sind. Dadurch wird eine „Veränderung im Dopaminhaushalt“ (Gawrilow, 2016, S.66) bewirkt, was zu hyperaktivem und unaufmerksamen Verhalten führen kann. Sie deutet aber darauf hin, dass vermutet wird, dass mehrere Gene für die Entstehung von ADHS verantwortlich sind und ein einzelnes Gen die Störung nicht auslösen kann. Weiter beschreibt Gawrilow, dass die Hirnregionen des präfrontalen Kortex eine grosse Rolle bei der Entstehung von ADHS spielen. So hängen „Defizite in der Aufmerksamkeitssteuerung, der Verhaltensinhibition, des Arbeitsgedächtnisses und der flexiblen Verhaltensplanung“ (ebd., S.66) mit diesen Hirnregionen zusammen. Dabei werden vor allem Nervenbahnen zwischen dem präfrontalen Kortex und anderen Hirnregionen, wie Hirnstamm oder Kleinhirn, beeinflusst. Dadurch sind nicht nur kognitive Funktionen betroffen, sondern auch die Emotions- und Motivationsregulation.

5.1.2. Schädigung des Zentralnervensystems

Nach Döpfner et al. (2013), gibt es zahlreiche Studien die einen Zusammenhang zwischen der Schädigung des Zentralnervensystems und später auftretenden Symptomen von ADHS bestätigen. Die Schädigung kann verschiedene Ursachen haben. Dazu gehören virale Infektionen während der Schwangerschaft, Alkohol und Nikotingenuss während der Schwangerschaft, oder auch ein erhöhter Bleigehalt im Körper der Mutter.

Die folgende Abbildung zeigt das Modell der ADHS mit seinen Ursachen, Prozessen und verschiedenen Ebenen.

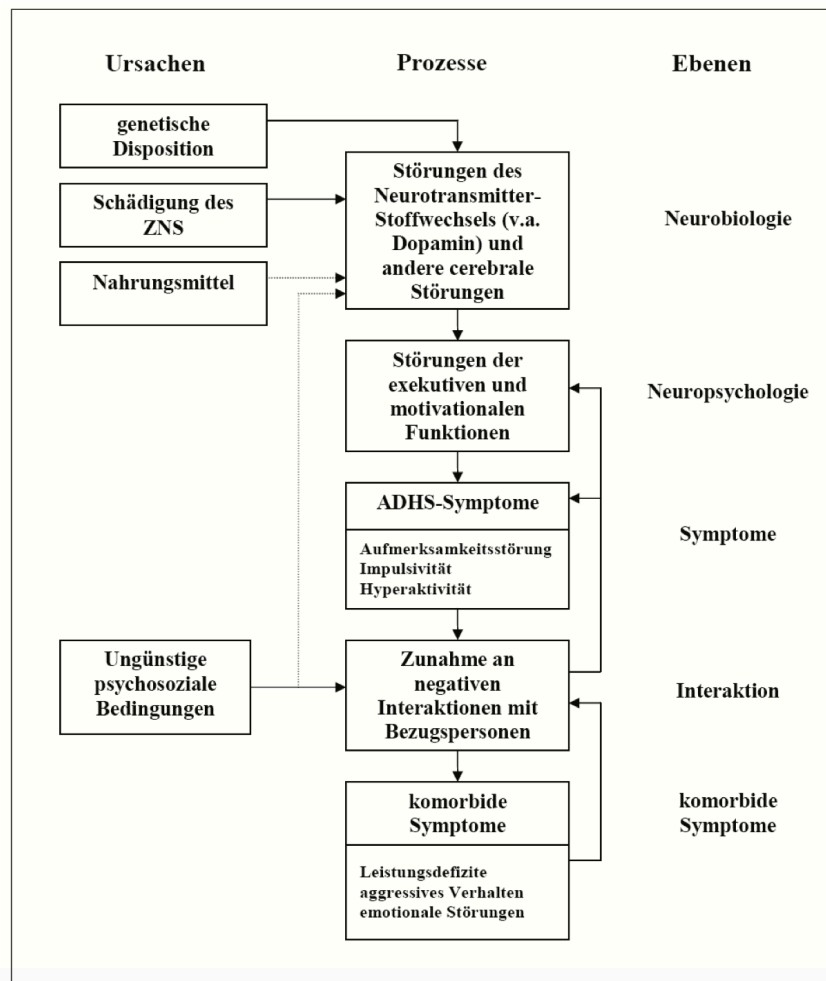


Abbildung 3: Modell der ADHS nach Döpfner et al. 2008) Quelle: <https://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00102067-1.pdf>

5.2. Neurochemische Faktoren

Im Zusammenhang mit neurochemischen Faktoren wird in der Literatur stets der Hinweis gegeben, dass es sich um Annahmen, Thesen handelt. Bis heute konnte kein eindeutiger Nachweis erbracht werden, dass neurochemische Faktoren eine ausschlaggebende Rolle bei der Entstehung von ADHS spielen (vgl. Steinhausen, 2010), (Abelein & Stein, 2017), (Grolimund, & Rietzler, 2016). Indirekt kann jedoch ein Zusammenhang hergestellt werden, wenn man die Auswirkungen einer Pharmakotherapie betrachtet, die eben genau dieses chemische Ungleichgewicht ausgleichen sollen.

Abelein & Stein (2017) sprechen von der Dopamin-Mangel-Hypothese. Diese besagt, dass bei Menschen mit ADHS eine „erhöhte Anzahl und Dichte an Dopamin Transportern bestehe, was zu einer verfrühten Aufnahme durch die Dopaminpumpen und damit zu einem raschen Zerfall des Botenstoffs Dopamin im synaptischen Spalt führe“ (ebd., S.72). Daraufhin besteht ein Mangel an Dopamin, so dass Informationen nicht von einer zur nächsten Nervenzelle

transportiert werden können. Methylphenidat reguliert genau diesen Mangel, wie im Kapitel „Pharmakotherapie“ ersichtlich wird. Abelein und Stein berufen sich weiter auf Annahmen, dass der gleiche Mangel an Noradrenalin bei Menschen mit ADHS besteht. Noradrenalin ist unter anderem für die Steuerung der Wachheit zuständig. Er bekräftigt jedoch, dass es bis heute noch keine ausreichenden Studien zu dieser Hypothese gibt. Roessner und Rothenberger (2010, S.76) bestätigen dies als Hypothese:

„Die Darstellung der Neurochemie bei ADHS birgt die Gefahr der Redundanz in sich. Denn eine direkte und umfassende Untersuchung der neurochemischen Prozesse im menschlichen Gehirn ist bis heute nicht möglich.“

5.3. Neuroanatomische und neurophysiologische Faktoren

Döpfner et al. (2013) weisen auf Studien hin, die herausgefunden haben, dass das Hirnvolumen bei ADHS Patienten verändert ist. Diese Veränderungen können zu einer Verzögerung der Hirnreife führen. Die weitere Entwicklung des Gehirns verläuft dennoch im Vergleich von ADHS Patienten mit gesunden Kindern, in den meisten Hirnregionen, relativ konstant. Brown (2018) fügt hinzu, dass die Entwicklung in gewissen anderen Hirnregionen bei Kindern mit ADHS jedoch deutlich langsamer verläuft, als bei gleichaltrigen gesunden Kindern. Diese Verzögerung ist im lateralen präfrontalen Kortex zu beobachten, „der besonders wichtig für die Entwicklung der Aufmerksamkeit und Motorik ist“. (ebd., S.69). Diese Entwicklungsverzögerung wird zwar im Laufe der Jahre wieder aufgeholt, führt jedoch dazu, dass im Kinder- und Jugendalter einige kognitive Befähigungen nicht zur Verfügung stehen. Ebenso beruft Brown sich auf Studien, die besagen, dass ein verändertes Hirnvolumen in den limbischen Regionen festgestellt wurde, die unter anderem für emotionale und motivationale Abläufe zuständig sind. Es ist allerdings nicht nur ein Unterschied in der Physiologie des Gehirns bei Kindern mit ADHS nachzuweisen, sondern auch bei der Verbindung der einzelnen Hirnregionen. Auch bezieht sich der Unterschied wieder auf Gehirnregionen, die mit Aufmerksamkeit und den Exekutivfunktionen in Zusammenhang stehen. Man kann also sagen, dass das Gehirn von Kindern mit ADHS anders vernetzt ist, als das Gehirn von gesunden Kindern. Abgesehen von schwächeren Verbindungen im Bereich der Aufmerksamkeitsnetzwerke, konnte aber auch eine höhere Verbindung im Bereich der Belohnung-Motivation Netzwerke gefunden werden. Brown folgert daraus, „dass ADHS nicht nur durch Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsprobleme

beschrieben werden kann, sondern auch durch motivationale Defizite.“ (Brown, 2018, S.71).
(siehe 5.5 motivationale Faktoren)

Interessant ist auch, dass Studien bewiesen, dass eine starke Konnektivität zwischen dem lateralen präfrontalen Kortex zur Amygdala, die unter anderem für die Emotionsregulation zuständig ist, besteht. Damit könnte begründet werden, dass Menschen mit ADHS häufig sehr starke emotionale Reaktionen zeigen.

5.4. Neuropsychologische Befunde und Modelle

Döpfner et al. (2013, S.14/15) weisen auf Befunde von Barkley hin, der drei zentrale neuropsychologische Prozesse benannt hat, die für eine erfolgreiche Verhaltenshemmung notwendig sind:

- „Hemmung eines dominanten Handlungsimpulses
- Unterbrechung einer laufenden Handlung
- Hemmung interferierender Handlungstendenzen“

Barkley ist der Meinung, dass diese Prozesse die Grundlage für vier exekutive Funktionen sind, die Handlungen vorangehen oder sie begleiten. Bei ADHS Patienten konnte bei diesen Funktionen eine Beeinträchtigung nachgewiesen werden. Die folgende Abbildung zeigt das Modell nach Barkley.

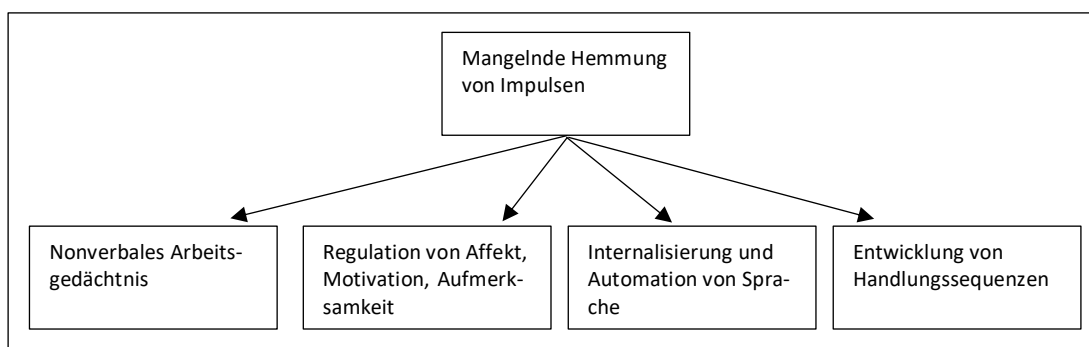


Abbildung 4: Neuropsychologische Auffälligkeiten nach ADHS nach Barkley (Döpfner et al., 2013) S.15

Das Non-Verbale Arbeitsgedächtnis ist für die zeitliche Organisation von Verhalten und das Verständnis von Verhaltenskonsequenzen zuständig. Die Internalisierung und Automation von Sprache ist zum Beispiel bei der Selbstinstruktion und beim Problemlösen von Bedeutung. Allesamt Funktionen, die bei ADHS Patienten beeinträchtigt sind.

5.5. Motivationale Faktoren

Der Faktor der beeinträchtigten Motivation, wie ihn auch Barkley beschrieben hat (siehe oben), wird von dem Dual-Pathway-Modell nach Sonuga-Barke bestätigt. Dieses besagt, dass die ADHS zum einen durch eine „verzögerte inhibitorische Kontrolle erklärt“ wird (Gawrilow, 2016, S.62) und zum anderen durch eine Verzögerungsaversion. Verzögerungsaversion bedeutet, dass eine Unfähigkeit zu warten besteht und alles was mit Verzögerung zu tun hat, möglichst vermieden wird. Beobachten kann man dieses Verhalten häufig bei Kindern mit ADHS: sie wählen, wann immer möglich, eine sofortige Belohnung. Ist eine unmittelbare Belohnung nicht möglich, versuchen sie die negativ konnotierte Wartezeit durch andere Reize zu überbrücken (vgl. ebd., S.62). Die folgende Abbildung zeigt das zwei Pfade Modell nach Sonuga-Barke.

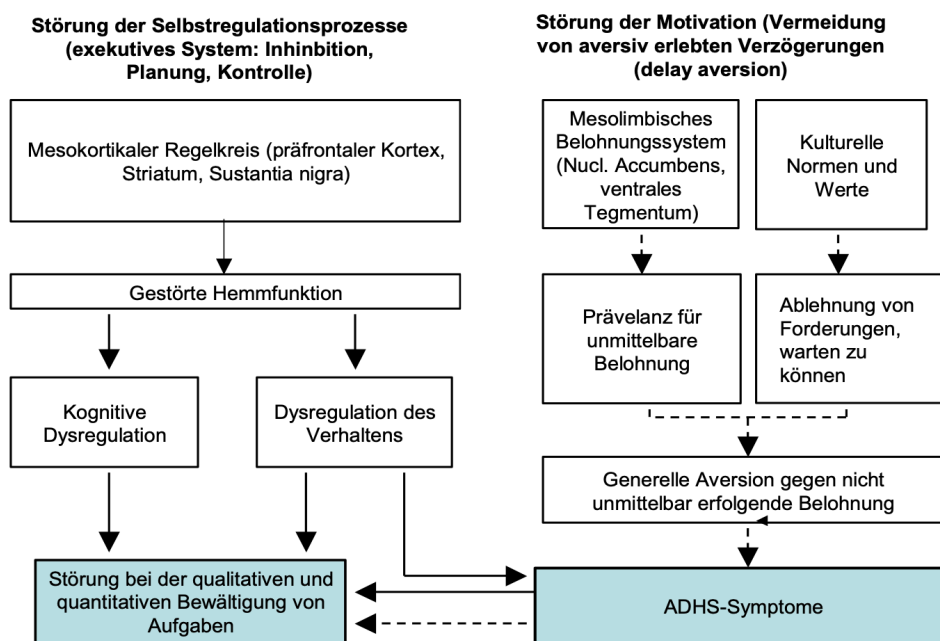


Abbildung 5: Dual-Pathway-Modell nach Sonuga-Barke, Quelle: http://rosdok.uni-rostock.de/file/rosdok_diss-hab_0000001367/rosdok_derivate_0000027870/Dissertation_Havenstein_2015.pdf

5.6. Psychosoziale Faktoren

Neueren Forschungen zufolge, werden psychosoziale Faktoren nicht mehr als alleinige Ursache für eine ADHS in Betracht gezogen. Jedoch geht man weiter davon aus, dass diese Faktoren den Verlauf massgeblich mitbestimmen können. So können ungünstige soziale Verhältnisse die ADHS Symptomatik verstärken oder zu komorbiden Störungen beitragen (vgl.

Gawrilow, 2016, S.68). Döpfner et al. bestätigen diese These, was in seinem „Modell zur Entstehung von ADHS“ deutlich wird (siehe Abbildung 3 oben).

5.7. Umweltfaktoren

Gawrilow (2016) geht davon aus, dass es eher unwahrscheinlich ist, dass Umwelteinflüsse eine ADHS auslösen können. Es gibt keine empirischen Befunde dazu, die den Einfluss der Umwelt ausreichend belegen könnten. Sie räumt jedoch ein, dass sich verschiedene Faktoren gegenseitig beeinflussen können. Ein Beispiel dazu ist, dass eine sehr impulsive Mutter vielleicht während der Schwangerschaft raucht- das bedeutet in der Folge nicht sofort, dass das Rauchen ADHS beim Kind auslöst, sondern sie kann einfach nur ihre Impulsivität vererbt haben. Ebenfalls nennt Gawrilow das Beispiel eines niedrigen Geburtsgewichts, was als Ursache von ADHS diskutiert wird. Hier kann es auch der Fall sein, dass das Kind bereits im Mutterleib sehr aktiv ist und das niedrige Geburtsgewicht dadurch begründet ist (vgl. ebd., S.70).

6. Verlauf

Bei der Beschreibung des Verlaufs einer diagnostizierten ADHS werde ich den Schwerpunkt auf das Vorschul- und Schulalter legen, da dies die Altersgruppen sind, mit denen ich beruflich zu tun habe. Die Altersgruppen der Kleinkinder, Jugendlichen und Erwachsenen werde ich kurz überblicksartig darstellen. Wichtig bei diesem Verlauf ist es, dass es sich um diagnostizierte ADHS handelt, da gerade im Vorschulalter einige Symptome auch ohne psychische Störung vorliegen können.

Tabelle 3: Verlauf von ADHS vgl. (Döpfner et al., 2013) S.19

| | |
|-------------------------------|--|
| Säuglings- und Kleinkindalter | <ul style="list-style-type: none"> - Sehr hohes psychophysiologisches Aktivitätsniveau - Ungünstige Temperamentsmerkmale (Schlafprobleme, Essprobleme, gereizte Stimmung) und negative Eltern-Kind-Interaktion |
| Vorschulalter | <ul style="list-style-type: none"> - Hyperaktivität (ziellose Aktivität) - Geringe Spielintensität und -ausdauer |

| | |
|------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklungsdefizite - Oppositionelles Verhalten - Risikofaktoren für ungünstige Entwicklung: aversive Eltern-Kind-Interaktion, Aggressivität des Kindes, Entwicklungsdefizite |
| Grundschulalter | <ul style="list-style-type: none"> - Schuleintritt! - Unruhe/Ablenkbarkeit im Unterricht - Lernschwierigkeiten/Teilleistungsschwächen - Umschulungen/Klassenwiederholungen - Aggressives Verhalten (min.30-50%) - Ablehnung durch Gleichaltrige - Leistungsunsicherheit/Selbstwertprobleme |
| Jugendalter | <ul style="list-style-type: none"> - Verminderung der motorischen Unruhe - Aufmerksamkeitsstörungen persistieren häufig - Aggressives Verhalten - Dissoziales Verhalten/Delinquenz (min. 30-50%) - Alkohol-/Drogenmissbrauch - Emotionale Auffälligkeiten |
| Erwachsenenalter | <ul style="list-style-type: none"> - Persistenz hyperkinetischer Symptome bei 30-60% - Ausgeprägte Symptomatik bei ca. 30% - Geringe Schulbildung - Delinquenz und dissoziale Persönlichkeitsstörung bei etwa 15-30% |

6.1. Vorschulalter

Döpfner et al. (2013, S.20) beschreiben ab dem Vorschulalter die „motorische Hyperaktivität als hervorstechende Symptomatik“. ADHS Kinder in diesem Alter sind häufig sozial schwer integrierbar und oppositionelle Verhaltensweisen werden häufiger. Weiter bezeichnen sie „Entwicklungsrückstände im motorischen Bereich, der Sprache und der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit“ als typisch. Gawrilow (2016) fügt hinzu, dass die vermehrte Aktivität oft ziellos ist und ADHS Kinder sich in diesem Alter nur kurz auf eine Spielsituation konzentrieren können, bevor sie die Aktivität wechseln. Ebenso ist die Spielintensität weitaus geringer als bei

Gleichaltrigen ohne ADHS. Ungehorsam gegenüber Bezugspersonen führt Gawrilow ebenfalls als typisch für dieses Alter an. Döpfner et al. (2017) beschreiben häufige Wutausbrüche bei Vorschulkindern, sowie das Nichteinhalten von Grenzen und Regeln. Weiter erwähnen sie ein erhöhtes Unfallrisiko aufgrund der starken Impulsivität der ADHS Kinder.

6.2. Schulalter

Ab dem Schuleintritt wird die Problematik in Bezug auf den Lern- und Leistungsbereich deutlicher. Durch die erhöhten Anforderungen im Schulalltag, zeigen sich vermehrt die „Aufmerksamkeitsschwäche und die kognitive Impulsivität.“ (Döpfner et al., 2013, S.20). Den Autoren zufolge treten im Schulalter auch vermehrt Konflikte mit Gleichaltrigen auf. Gawrilow (2016) fügt hinzu, dass ADHS Kinder in der Schule eine starke Ablenkbarkeit und Unruhe zeigen und Teilleistungsstörungen und andere Komorbiditäten, wie aggressives Verhalten, die Probleme noch vergrößern. Aufgrund dieser Verschlechterung der Problematik können Kinder in diesem Alter Selbstwertprobleme entwickeln und die Lust am Lernen nimmt stetig ab (vgl. Döpfner et al., 2017).

7. Verschiedene Sichtweisen auf ADHS

7.1. ADHS als psychische Störung

Die Sichtweise, dass es sich bei ADHS um eine psychische Störung handelt, ist nicht nur eine Sichtweise, sondern das aktuelle internationale Verständnis von ADHS. Das zeigen zum einen deutlich die beiden internationalen Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD-10, zum anderen aber auch die Meinung der meisten Experten, die mir bei meiner Recherche begegnet sind.

Wann immer es um die Diagnostik von ADHS geht, muss das DSM-5 und/oder das ICD-10 hinzugezogen werden, welche beide ADHS als psychische Störung klassifizieren.

Die Definition von ADHS als psychische Störung werde ich im Folgenden anhand einiger Zitate bekräftigen.

„Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) stellen zusammen mit den aggressiven Verhaltensstörungen (Störungen des Sozialverhaltens) die häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter dar.“ (Döpfner et al., 2013, S.1).

„Etwa 5% der deutschen Kinder und Jugendlichen sind von ADHS betroffen, was die ADHS zu einer der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter macht. Nicht nur aufgrund dieser Häufigkeit (...) wird dieses Störungsbild erforscht und diskutiert wie keine andere psychische Störung.“ (Gawrilow, 2016, Vorwort).

„Keine anderen psychischen Störungen sind im Kindesalter so häufig anzutreffen wie die hyperkinetischen und die oppositionell-aggressiven Verhaltensstörungen.“ (Döpfner et al., 2013, S.25).

„ADHS ist nach internationaler Einschätzung die häufigste psychische Störung/Verhaltensstörung im Kindes- und Jugendalter (...).“ (Neuhaus, 2013, S.15).

„ADHS ist eine der häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter.“ (Merkt & Petermann, 2015, S.133).

Speziell an dieser psychischen Störung ist, dass sie sich vor allem durch Verhaltensauffälligkeiten zeigt.

7.2. ADHS als Verhaltensauffälligkeit

Grolimund und Rietzler (2016) plädieren dafür, dass ADHS als „Auffälligkeit“ deklariert wird. Grund dafür ist, dass die Diagnostik in erster Linie anhand von Symptomen gestellt wird, die alle durch auffällige Verhaltensweisen geprägt sind. Die Autoren sind der Meinung, dass unabhängig von allen Klassifizierungen, ADHS als Verhaltensproblem angesehen werden muss, was verlangt, einen richtigen Umgang mit diesem Verhalten zu finden oder es gegebenenfalls zu ändern.

Diese Sichtweise widerspricht der oben genannten nicht. In der Literatur wird der Begriff der psychischen Störung häufig mit dem Begriff der Verhaltensauffälligkeit präzisiert oder ergänzt (vgl. Döpfner et al., 2013, S.25), (Döpfner et al., 2013, S.1).

7.3. ADHS als soziale Konstruktion

Auch bei dieser Sichtweise wird nicht abgestritten, dass es ADHS als diagnostizierbare Störung tatsächlich gibt, jedoch wird hier die Häufigkeit und die Entwicklung der ADHS-Geschichte in unserer Gesellschaft kritisch durchleuchtet.

Bei meiner Recherche bin ich auf ein interessantes Buch, mit dem Titel „Schwierig oder krank? -ADHS zwischen Pädagogik und Psychiatrie“ von Becker (2014), gestossen. Sie spricht im Zusammenhang mit ADHS von „der Schulkrankheit schlechthin“ (ebd., S.271), da die Verhaltensauffälligkeiten zumeist in der Schule oder im Kindergarten sichtbar werden. Sie streitet dabei nicht ab, dass es ADHS tatsächlich gibt, sondern gibt zu bedenken, dass es bei Weitem zu oft diagnostiziert wird, bzw. nicht richtig diagnostiziert wird. Die Autorin spricht im Zusammenhang mit der Pädagogik als „Entdeckerfunktion für die Medizin“ (ebd., S.273). Nach dieser Entdeckung folgt von Seiten der Lehrpersonen eine Empfehlung zur Abklärung bei einer Fachperson, wobei sie behauptet, dass die Urteile oder „Diagnosen“ der Lehrpersonen 12,5 % über der tatsächlichen Prävalenzrate liegen. Becker begründet diesen Fakt mit der mangelnden Fachkenntnis der Lehrpersonen. Weiter bemängelt sie, dass auch Ärzte gerne verfrüht die Diagnose „ADHS“ stellen, allein aus dem Grund, dass die Verhaltenserwartungen an die Kinder enttäuscht wurden (vgl. ebd., S.274).

Zusammengefasst kann man sagen, dass nach dem Verständnis von Becker, die Diagnose ADHS viel zu häufig gestellt wird. Begründet auf mangelnder Fachkenntnis von Lehrpersonen und übereilten Diagnosen von Fachleuten. Diese übereilte Diagnostik führt ihrer Meinung nach zu einer Rechtfertigung der pharmakologischen Intervention, was Eltern und Lehrpersonen das Gefühl gibt, alles Mögliche probiert zu haben. Sie plädiert dafür, dass sich die Erziehungswissenschaften vermehrt mit der ADHS Problematik auseinandersetzen und jenseits der Medizin gute Lösungen für Kinder, Eltern und Lehrpersonen finden sollten.

Ahrbeck (2007) bemängelt, dass es bei der ADHS Thematik allein um Symptome und deren Bekämpfung geht, ohne daran zu denken, dass „Symptome der Ausdruck unverstandener kindlicher Not und einer ungelösten inneren Konflikthaftigkeit sein können (...)“. (Ahrbeck, 2007, S.14). Weiter führt er an, dass Bindungs- und Beziehungserfahrungen der Kinder zu wenig Rechnung getragen werden, was vor allem Folge des kulturellen und gesellschaftlichen Wandels ist. Genau wie Becker ist Ahrbeck der Meinung, dass die ADHS Diagnose häufig „voreilig oder gar übereilt“ (ebd., S.15) gestellt wird. Da nicht davon auszugehen ist, dass sich die hirnrorganische Struktur von Kindern in den letzten 20 Jahren gravierend verändert hat, ist

Ahrbeck der Meinung, dass das häufige Diagnostizieren von ADHS eher mit der „Beschleunigung der Lebensverhältnisse, dem damit verbundenen Abschied von Beständigem und sicherndem Halt, den sozialen und psychischen Folgen neuer Kommunikationsmittel und insbesondere einer kulturellen Entwicklung, die zunehmend erregenden Sensationen einen bevorzugten Platz einräumt.“, zusammenhängt. (Ahrbeck, 2007, S.15).

Einen Teil der Schuld gibt Ahrbeck der Flut an Informationen in den Medien. Der Mensch wird mit Reizen überflutet, doch durch diese Flut wird es immer schwieriger, das Wesentliche zu filtern und zu entscheiden, was Bedeutung hat und was nicht. Unsere Wahrnehmung und Aufmerksamkeit werden dadurch gestört. Auch dieser Autor schliesst sich der Meinung von Becker an, dass die ADHS Diagnose häufig als Entlastung für Eltern und Lehrpersonen empfunden wird. Man kann die Schuld von sich weisen und sie der medizinischen Diagnose, einer körperlichen und vor allem nicht selbst herbeigeführten Erkrankung geben, anstatt an der Beziehungsdynamik zu arbeiten (vgl. ebd.).

Ahrbeck gibt zu bedenken, dass es nach wie vor wissenschaftlich nicht möglich ist, ein Kind mit ADHS von einem Kind ohne ADHS gehirnorganisch zu unterscheiden. Er plädiert dafür von dem medizinischen Modell der ADHS abzukommen und mehr die kulturelle Einbettung in den Fokus zu stellen. Dazu gehört, nicht nur auf die Symptome der Kinder einzugehen, sondern sich Gedanken darüber zu machen, was eventuell in der Familie oder der Erziehung nicht richtig läuft und Eltern genügend Rücksicht auf die Bedürfnisse ihrer Kinder nehmen. Ahrbeck wirft betroffenen Eltern vor, ihr Kind nur dann in Ordnung zu finden, wenn pharmakologisch nachgeholfen wird oder durch Verhaltenstrainings das Innere des Kindes zu missachten (ebd., S.42). Ebenfalls ist der Autor mit Becker (2014) einer Meinung, dass Lehrpersonen durch eine schnelle ADHS Diagnose ebenfalls entlastet werden und sich nicht mit Selbstzweifeln plagen müssen, warum sie mit einem Kind nicht zurechtkommen. Weiter behauptet Ahrbeck: „auch im Alltagsleben haben sich bemerkenswerte Veränderungen eingestellt. Eine hohe psychische Funktionalität ist bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu einem vorrangigen Wert geworden. Der Wunsch, innere Prozesse zu verstehen, tritt demgegenüber zurück.“ (ebd., S.44).

7.4. ADHS als entwicklungsbezogene Störung der Exekutivfunktionen

Thomas E. Brown (2018) definiert in seinem Buch eine neue Sichtweise auf die ADHS. Er gibt ihr eine neue Arbeitsdefinition die besagt, dass ADHS ein

- a) „komplexes Syndrom von entwicklungsbezogenen Störungen der Exekutivfunktionen,
- b) des „Selbstmanagement“-Systems des Hirns,
- c) eines Systems von grösstenteils unbewussten Operationen“ ist.
- d) „Diese Störungen sind situationsvariabel,
- e) chronisch und schränken die Funktionsfähigkeit im Alltag erheblich ein.“ (ebd. S.33/34)

a) Entwicklungsbezogene Störung der Exekutivfunktionen

Brown geht davon aus, dass ADHS keine Störung des Verhaltens, sondern eine Störung der Entwicklung der Exekutivfunktionen ist, welche er „Management-System des Hirns“ (ebd., S.34/35) nennt. Dabei spricht er von einem „Cluster von Schwierigkeiten“ (S.35), die gemeinsam, aber nicht immer in gleicher Weise, bei ADHS Patienten auftreten. Mit dem folgenden Modell beschreibt Brown sechs verschiedene Exekutivfunktionen:

| Exekutivfunktionen | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| Strukturieren, Prioritäten setzen und Aktivierung | Fokussierung, Aufmerksamkeitsaufrechterhaltung und -verschiebung bei Aufgaben | Regulation der Vigilanz, Aufrechterhaltung der Leistung und Verarbeitungsgeschwindigkeit | Frustrationsbewältigung und Emotionsregulation | Gebrauch von Arbeitsgedächtnis und Gedächtnisleistungen | Aktivitätsüberprüfung und Selbstregulation |
| (1)Aktivierung | (2)Fokus | (3)Leistung | (4)Emotion | (5)Gedächtnis | (6)Aktivität |

Abbildung 6: Exekutivfunktionen nach Brown (2018 S.36)

Menschen mit ADHS neigen dazu, Aufgaben aufzuschieben, sie in letzter Minute zu erledigen. Ebenfalls haben sie Mühe, sich und Materialien zu strukturieren – dies alles fällt in den Bereich der (1) Aktivierung. Das Fokussieren (2) auf einzelne Dinge und das Aufrechterhalten von Aufmerksamkeit fällt ADHS Patienten schwer. Vigilanz ist ein häufiges Thema bei ADHS Patienten. Sich dauerhaft auf eintönige Dinge zu konzentrieren, fällt ihnen schwer, genauso wie das

Aufrechterhalten von Leistung (3) und Verarbeitungsgeschwindigkeit. Brown sagt, dass es Menschen mit ADHS häufig schwerfällt, ihre Emotionen (4) zu regulieren und mit Frust, Ärger und anderen Gefühlen umzugehen. ADHS Patienten haben häufig ein Problem mit ihrem Arbeitsgedächtnis (5), das heisst, sie können sich zwar an lang zurückliegende Ereignisse erinnern, kurzfristige Informationen sind allerdings oft nicht abrufbar. Impulskontrolle ist ein immer wieder auftretendes Problem bei ADHS. Die Selbstregulation und Regulation der Aktivität (6) stellen oft ein grosses Problem dar.

Die Exekutivfunktionen werden im Laufe der Entwicklung ausgebildet, Kinder verfügen über einige Funktionen nur in geringer Masse. Brown schreibt, dass sich die Exekutivfunktionen in den „späten Teenagerjahren oder im jungen Erwachsenenalter“ (Brown, 2018, S.41) erst vollständig entwickelt haben. Er verweist auf Forschungsergebnisse, die besagen, dass sich bestimmte Hirnregionen bei Menschen mit ADHS drei bis fünf Jahre später entwickeln als bei Gleichaltrigen. So kam man bei einer weiteren Studie zu dem Ergebnis, dass sich bei der Mehrheit der ADHS Patienten die Probleme im Verlauf des Erwachsenwerdens oder spätestens im Erwachsenenalter stark reduzieren (ebd.).

b) Exekutivfunktionen bilden das Self-Management-System des Hirns

Mit Self-Management-System meint Brown „drei anatomisch unterschiedliche, jedoch interagierende Netzwerke“ (ebd., S.40), nämlich das Orientierungssystem, das Aufmerksamkeitssystem und das Vigilanzsystem.

Brown bezieht sich auf Forschungen, die herausgefunden haben, dass „ADHS mit strukturellen und/oder funktionellen Hirnschäden in Beziehung steht“ (ebd., S.40) und man somit von einer Störung dieses Systems sprechen kann. (vgl. Neurophysiologische Auffälligkeiten)

c) Bei ADHS gestörte Funktionen operieren grösstenteils unbewusst

Unsere Exekutivfunktionen sind nach Brown situationsvariabel und von neurochemischen Prozessen gesteuert. Dazu kommt, dass sie zum grössten Teil unbewusst wirken, das bedeutet, ohne dass wir überlegen müssen, wenn wir sie einsetzen. Er sagt, dass die Exekutivfunktionen wie ein automatisierter Prozess ablaufen und begründet so, dass es für Menschen mit ADHS ein sehr grosses Problem ist, ihre störenden Verhaltensmuster zu verändern oder abzulegen.

d) ADHS-Störungen der Exekutivfunktionen sind situationsvariabel

Brown behauptet, dass alle ADHS Betroffenen in gewissen Situationen ihre Exekutivfunktionen einsetzen können, sie aber in vielen anderen Situationen stark gestört sind. Er beruft sich unter anderem auf V. Douglas, die der Meinung war, dass die Informationsverarbeitung im Gehirn von Menschen mit ADHS grundsätzlich intakt ist und es so möglich ist, zeitweise Aufgaben mit geringem Aufwand zu bewältigen. Störungen treten vor allem dann auf, „wenn ADHS-Kinder mit Aufgaben konfrontiert werden, die der Selbstregulation viel abfordern, zugleich aber minimale Kontrolle, Unterstützung oder Motivation vorhanden ist.“ (Brown, 2018, S.44). Aus seinen eigenen klinischen Beobachtungen geht hervor, dass Menschen mit ADHS in Situationen, die grosses eigenes Interesse mit sich bringen, oder bei Misserfolg eine negative Konsequenz folgt, ihre Exekutivfunktionen unter Kontrolle haben. Diese Situationen sind je nach Interessensgebiet individuell. Das führt vor allem für Kinder mit ADHS oft dazu, dass man ihnen unterstellt, etwas einfach nicht zu wollen, oder sie sich nicht genug anstrengen. Aber Brown betont, dass diese Störung nichts mit Willensstärke zu tun hat, sondern neurochemische Probleme zur Ursache hat.

7.5. Diskussion Sichtweisen

ADHS ist ein Phänomen, das in der Geschichte schon sehr alt ist und entgegen mancher Meinungen, keine Erscheinung der aktuellen Kultur. Gawrilow (2016) erwähnt den Kinderarzt Sir George Frederick Still, der bereits 1902 von Kindern berichtete, die Probleme mit ihrer Aufmerksamkeit und mangelnder Selbstregulation hatten. Noch weiter zurück liegt das Werk von William James, einem amerikanischen Philosophen und Psychologen, der bereits 1890 von Menschen berichtete, die ihre Impulse nicht kontrollieren konnten und übermässige Energie hatten. Gawrilow widerlegt damit die Annahme, dass ADHS eine Modediagnose ist.

Der aktuelle international anerkannte Forschungsstand, dass ADHS eine psychische Störung ist, konnte durch verschiedene Fachpersonen, wie oben beschrieben, belegt werden. Bei der Ursachenforschung gibt es mittlerweile deutliche Hinweise und Studien, dass es sich um körperlich nachweisbare und erbliche Faktoren handelt, die zur Entstehung von ADHS beitragen. Alles in allem bin ich der Meinung, dass es nicht eine komplett „richtige“ Sichtweise bei der Betrachtung von ADHS geben kann. Jede einzelne Perspektive und Überzeugung beinhaltet Aspekte, die in Betracht gezogen werden müssen. Gehen wir von der Annahme aus, dass ADHS eine psychische Störung ist, so bin ich bei dieser Sichtweise nicht ganz damit einverstanden,

dass Umweltfaktoren und familiäre Bedingungen keine grosse Rolle spielen sollen. Mit Sicherheit gibt es Entstehungsfaktoren, die körperlicher Natur sind, dennoch kann man die Auswirkungen mit äusseren Einflüssen massgeblich mitbestimmen. Das wird vor allem bei den Interventionsformen deutlich, die alle (ausser der Pharmakotherapie) auf eine Verhaltensänderung abzielen, die nur durch äussere Einflüsse zu erreichen ist. Weiter gefällt mir Browns Sichtweise, dass es sich bei ADHS um eine Entwicklungsstörung der exekutiven Funktionen handelt. Weil sich alle Symptome und Auswirkungen mit den mangelnden exekutiven Funktionen begründen lassen, erscheint mir diese Sichtweise sehr plausibel. Und auch bei dieser Perspektive lassen sich durch gezielte verhaltenstherapeutische Interventionen gute Resultate erzielen. Probleme habe ich mit der Annahme, dass ADHS eine Reaktion auf unsere schnelllebige Kultur ist. Ich bin einverstanden, dass unsere Kultur die Auswirkungen der ADHS massgeblich beeinflussen kann, unter anderem durch die Reizüberflutung und den stetig wachsenden Medienkonsum. Jedoch muss die Krankheit oder Störung erst bestehen um sich von aussen beeinflussen zu lassen. Und dass es ADHS schon immer, oder zumindest sehr lange gibt, zeigen die Ärzte des 19. und 20. Jahrhunderts.

Beckers (2014) Aussage, dass ADHS eine Schulkrankheit ist, stimme ich in Teilen zu. Auch ich habe die Erfahrung gemacht, dass Lehrpersonen schnell mit der Verdachtsdiagnose ADHS kommen, sobald es Probleme mit einem Kind gibt, die sie scheinbar nicht lösen können. Es ist so einfach den „schwarzen Peter“ weiterzuschieben und davon auszugehen, dass es nicht an ihren Kompetenzen liegt, sondern ein körperliches oder psychisches Problem des Kindes ist. Die ADHS Symptome ähneln sehr mangelnden exekutiven Funktionen, die ein Grossteil aller jungen Kinder haben. Infolgedessen werden sie häufig mit diesen verwechselt. Deshalb ist eine lückenlose, anständige Diagnostik und genauso auch Differenzialdiagnostik durch Fachpersonen, meiner Meinung nach, enorm wichtig.

8. Diagnostik

Um von ADHS sprechen zu können, müssen die im DSM-5 und ICD-10 festgelegten Kriterien erfüllt sein. DSM-5 setzt voraus, dass mindestens sechs der oben genannten Symptome während der letzten sechs Monate, in mehreren Bereichen, wie Schule oder Privatleben, aufgetreten sein müssen. Ausserdem müssen die Symptome vor dem 12 Lebensjahr beobachtbar sein. Ebenfalls wird erwähnt, dass bei einer diagnostizierten ADHS die Symptome störend für

das „soziale und schulische Funktionsniveau“ sein müssen (American Psychiatric Association, 2015, S.40-42).

Die ICD-10 gibt vor, dass die drei Kernsymptome in „abnormen Ausmass, situationsübergreifend und andauernd“ sein müssen (WHO, 2019, S.310). Ausserdem müssen andere Störungen ausgeschlossen werden. Von den oben aufgelisteten Symptomen der Unaufmerksamkeit müssen mindestens sechs für sechs Monate auftreten und nicht mit dem Entwicklungsstand des Kindes zusammenpassen. Von den Symptomen der Überaktivität müssen drei während mindestens sechs Monaten auftreten und von denen der Impulsivität mindestens eins (vgl. WHO, 2019, S.310/311).

Bei der Diagnostik von ADHS ist es sehr wichtig, dass sie mehrdimensional stattfindet. Das bedeutet zum einen, dass mehrere Personen involviert sind, wie Angehörige, Lehrpersonen, behandelnde Ärzte und Ärztinnen und natürlich die Betroffenen selbst. Zum anderen bedeutet mehrdimensional in Bezug auf die ADHS Diagnostik aber auch, dass verschiedene Untersuchungsmethoden eingesetzt werden sollten (vgl. Gawrilow, 2016, S.117).

Zu den Untersuchungsmethoden gehören nach Gawrilow (2016, S.117) folgende Bestandteile:

- „ausführliche Anamnese (Ermittlung der Vorgeschichte des Kindes von der Schwangerschaft/Geburt an),
- Verhaltensbeobachtung (zu Hause und im Kindergarten bzw. in der Schule),
- Leistungsdiagnostik (mit einem Intelligenztest),
- Aufmerksamkeitsdiagnostik (z.B. mit einer Continuous Performance Aufgabe oder Go/NoGo-Aufgabe),
- Erfassung der Emotionalität des Kindes (z.B. durch ein Interview oder einen Fragebogen),
- Neurologische Untersuchung (z.B. eine EEG-Untersuchung; dieses ist vor allem dann wichtig, wenn eine Medikation angedacht ist.)“

Döpfner et al. (2013) sprechen von sechs Leitlinien, die zur ADHS Diagnostik gehören. Diese Leitlinien decken ein breites Spektrum der Diagnostik ab und tauchen so oder so ähnlich (teilweise unter anderem Namen, aber mit gleichem Inhalt) in einem Grossteil der Literatur auf, die sich mit der ADHS Diagnostik befasst. Aus diesem Grund habe ich mich dafür entschieden, diese sechs Leitlinien als erklärende Basis zu beschreiben und gegebenenfalls mit weiterer Literatur zu verifizieren.

8.1. Leitlinie 1: Exploration der Eltern und der ErzieherInnen/Lehrpersonen

Tabelle 4: Leitlinie 1 vgl. (Döpfner et al., 2013), S.44-64

| | |
|--|---|
| Sektion 1: Aktuelle ADHS Symptomatik des Kindes | <ul style="list-style-type: none"> - Auftreten der Hauptsymptome - Häufigkeit, Intensität und situative Variabilität der Symptome - Grad der Beeinträchtigung von Umfeld und Patient/Patientin |
| Sektion 2: Spezifische psychische Komorbidität und differenzialdiagnostische Abklärung | <p>Es gibt eine Vielzahl von Komorbiditäten, aber auch der ADHS sehr ähnlichen Erkrankungen (in ihren Symptomen). Hierbei geht es darum, genau zu validieren, ob es sich um ADHS handelt und man andere Störungen/Krankheiten ausschliessen kann. Auf diesen Punkt werde ich in dem Kapitel „Komorbiditäten“ genauer eingehen</p> |
| Sektion 3: Stärken und Interessen des Kindes | <ul style="list-style-type: none"> - Freizeitaktivitäten, sportliche Interessen, Fähigkeiten - Humor, Charme, Begeisterungsfähigkeit |
| Sektion 4: Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte des Kindes | <ul style="list-style-type: none"> - Schwangerschafts-/Geburtskomplikationen - Ungünstige Temperamentsmerkmale im Säuglingsalter - Beginn der ADHS Symptome - Verlauf der Symptomatik |
| Sektion 5: Spezifische medizinische Anamnese | <ul style="list-style-type: none"> - Organische Diagnose, die ADHS Symptomatik verursachen kann (Alkohol, Toxine, ...) - Medikamente, die ADHS Symptome verursachen können |
| Sektion 6: Spezifische Familienanamnese | <ul style="list-style-type: none"> - Psychische Störungen bei Familienmitgliedern - Entwicklungs- und Lernstörungen bei Familienmitgliedern - Vergangene und aktuelle Belastungen der Familie - Organisationsgrad und Ressourcen der Familie - Erziehungsverhalten - Qualität der Eltern-Kind-Beziehung |

| | |
|--|--|
| Sektion 7: Bedingungen im Kindergarten/in der Schule und in der Gleichaltrigengruppe | <ul style="list-style-type: none"> - Integration des Kindes in Gruppen - Belastende Bedingungen in Kindergarten/Schule - Ressourcen im Kindergarten/in der Schule - Beziehung aller Beteiligten (Lehrpersonen, Eltern, Kind) |
| Sektion 8: Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - Bewältigungsversuche in Familie, Kindergarten, Schule und ihre Ergebnisse - Vorbehandlung (Medikamente, Therapieformen) - Störungskonzepte aller Beteiligten (Eltern, Lehrpersonen, Kind) - Therapieerwartungen aller Beteiligten - Bereitschaft aller Beteiligten zur Mitarbeit - Behandlungsziele aller Beteiligten |

Walitzka (2012) bestätigt diese Punkte und spricht sich ebenfalls für ein „strukturiertes, klinisches Interview“ und eine Anamneseerhebung aus, bei der Eltern, Lehrpersonen und das Kind selbst miteinbezogen werden.

8.2. Leitlinie 2: Exploration des Kindes

Laut Döpfner et al. (2013) beginnt die Exploration des Kindes mit dem Beziehungsaufbau zwischen Kind und Therapeuten, das kann zum Beispiel durch gemeinsames Spiel geschehen. Weiter versucht der Therapeut/die Therapeutin zu Beginn der Exploration des Kindes herauszufinden, mit welchen Verhaltensproblemen das Kind zu kämpfen hat. Was es am meisten stört und was es sich wünschen würde.

Die folgende Exploration des Kindes wird mit Hilfe von gezielten Fragen durchgeführt.

Tabelle 5: Leitlinie 2 vgl. (Döpfner et al., 2013), S. 65-69

| | |
|---|---|
| Sektion 1: Aktuelle ADHS Symptomatik des Kindes | <ul style="list-style-type: none"> - Umfang, in dem die Symptome vom Kind wahrgenommen werden - Belastungen und Beeinträchtigungen, die das Kind dadurch erlebt |
|---|---|

| | |
|---|--|
| Sektion 2: Spezifische psychische Komorbidität/ differenzialdiagnostische Abklärung | <ul style="list-style-type: none"> - Depressive Symptomatik - Angststörungen - Aggressionen |
| Sektion 6: Familiäre Bedingungen und Beziehungen | <ul style="list-style-type: none"> - Beziehung zu den Eltern aus Sicht des Kindes - Erziehungsverhalten der Eltern aus Sicht des Kindes - Beziehung zu Geschwistern und anderen Familienmitgliedern |
| Sektion 7: Bedingungen in der Schule und Gleichaltrigengruppe | <ul style="list-style-type: none"> - Integration des Kindes - Belastende Bedingungen - Beziehung zu den Lehrpersonen |
| Sektion 8: Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - Bisherige eigene Bewältigungsversuche - Therapie-Erfahrungen - Störungskonzepte des Kindes - Therapieerwartungen des Kindes - Bereitschaft des Kindes zur aktiven Mitarbeit - Behandlungsziele des Kindes |

8.3. Leitlinie 3: Standardisierte Fragebögen

Die standardisierten Fragebögen sind für Eltern, Kinder, Lehrpersonen und Fachpersonen konzipiert und sollen die ADHS Symptomatik und eventuelle komorbide Symptome erfassen. Dabei gehen Döpfner et al. (2013) davon aus, dass fremdbeurteilende Fragebögen, also durch Eltern oder Lehrpersonen, valider sind, als selbstbeurteilende Fragebögen, also durch das Kind ausgefüllt.

Im deutschsprachigen Raum werden für die Diagnostik „Das Diagnostiksystem für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche-III – DYPYS-III“ verwendet. (siehe Anhang 1.)

8.4. Leitlinie 4: Testpsychologische Untersuchung

Zu den testpsychologischen Untersuchungen gehören die Ermittlung der Intelligenz mit Hilfe eines Intelligenztestes. Bei Schulkindern raten Döpfner et al. (2013) dazu, um Hinweise auf

Leistungsprobleme oder schulische Unterforderung zu bekommen. Bei jüngeren Kindern ist es wichtig, ebenfalls eine Entwicklungsdiagnostik durchzuführen. In allen Fällen ist es wichtig, die Testbedingungen bei der Interpretation miteinzubeziehen. ADHS Kindern wird es schwerfallen, konzentriert einen Intelligenztest durchzuführen und man sollte sie eng durch den Test führen. Die Motivation des Kindes spielt dabei eine grosse Rolle. Der Test sollte unter optimalen Bedingungen durchgeführt werden, was die Motivation und die Verstärkung von konzentriertem Leistungsverhalten beinhaltet (vgl. Döpfner et al., 2013, S.74).

Walitza (2012) bestätigt den Einsatz von neuropsychologischen Testverfahren und betont ausserdem, dass für die Diagnostik das Beobachten durch klinische Experten unerlässlich ist.

8.5. Leitlinie 5: Körperliche Untersuchung

Es existieren keine spezifischen körperlichen Merkmale einer ADHS, dennoch ist die medizinische Untersuchung notwendig, um eventuelle andere Auslöser für eine ADHS Symptomatik ausschliessen zu können. Ausserdem spielt die körperliche Verfassung ebenfalls eine Rolle, wenn über eine medikamentöse Therapie nachgedacht wird. Untersucht werden sollten nach Döpfner et al. (2013, S.75) „Grösse, Gewicht, Blutdruck, Puls, Dismorphiesyndrome, Seh- und Hörfähigkeit, Hirnnerven und Reflexstatus, Feinmotorik und Koordination, Schilddrüsenfunktion, kardiale Funktionen und Leberstoffwechsel.“

8.6. Leitlinie 6: Verlaufskontrolle

Bei der Verlaufskontrolle soll nach Döpfner et al. (2013) überprüft werden, wie die Kernsymptome in der Familie, der Schule oder dem Kindergarten verlaufen. Weiter soll auf andere Verhaltensauffälligkeiten und die emotionale Entwicklung geachtet werden. Die schulischen Leistungen, sowie die Beziehung zu Gleichaltrigen und Familienmitgliedern, soll ebenfalls bei der Verlaufskontrolle überprüft werden. Für eine konstante, aussagekräftige Verlaufskontrolle eignen sich Fragebögen, wie zum Beispiel die „Problemliste: Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie“ (vgl. Döpfner et al., 2013, S.77) (siehe Anhang 2.: Beispielfragebogen).

8.7. Differenzialdiagnostik

Eine Herausforderung bei der Diagnostik von ADHS stellt die Tatsache dar, dass es eine Reihe von psychischen Störungen gibt, die ähnliche Symptome wie ADHS aufweisen. Aus diesem

Grund gehört die Differenzialdiagnostik unbedingt zur ADHS Diagnostik dazu. Das bedeutet, dass andere psychische Störungen erst ausgeschlossen werden müssen, um sicher zu sein, dass es sich um ADHS handelt. Allerdings birgt auch das wieder Schwierigkeiten, da es eine Vielzahl von Komorbiditäten bei ADHS gibt. Darauf werde ich allerdings gesondert eingehen. Auch Walitza (2012) deutet auf die Wichtigkeit der umfassenden Differenzialdiagnostik hin. Sie betont, dass Entwicklungsstörungen, Teilleistungsstörungen, Unter- oder Überforderung für eine „ADHS ähnliche Symptomatik“ ausgeschlossen werden müssen.

Gawrilow (2016) weist darauf hin, dass die Differenzialdiagnostik gerade bei jüngeren Kindern eine wichtige Rolle spielt, da die alterstypische Entwicklung auch eine Rolle spielen kann. Im Kindesalter sollten nach ihrer Meinung folgende Differenzialdiagnosen ausgeschlossen werden:

- *„tiefgreifende Entwicklungsstörungen*
- *Störungen des Sozialverhaltens, die sich in langanhaltenden und ausgeprägten Formen der Dissozialität zeigen,*
- *Anfallskrankheiten, also Epilepsien,*
- *Anpassungsreaktionen auf ausserordentlich belastende familiäre Verhältnisse oder schulische Überforderung,*
- *emotionale Störungen wie Depressionen und Angststörungen (...)*“ (Gawrilow, 2016, S.39)

Steinhausen Rothenberger und Döpfner (2010) bieten dazu einen differenzialdiagnostischen Entscheidungsbaum an, der zur Abgrenzung anderer Störungen dienen soll, wie die folgende Abbildung zeigt.

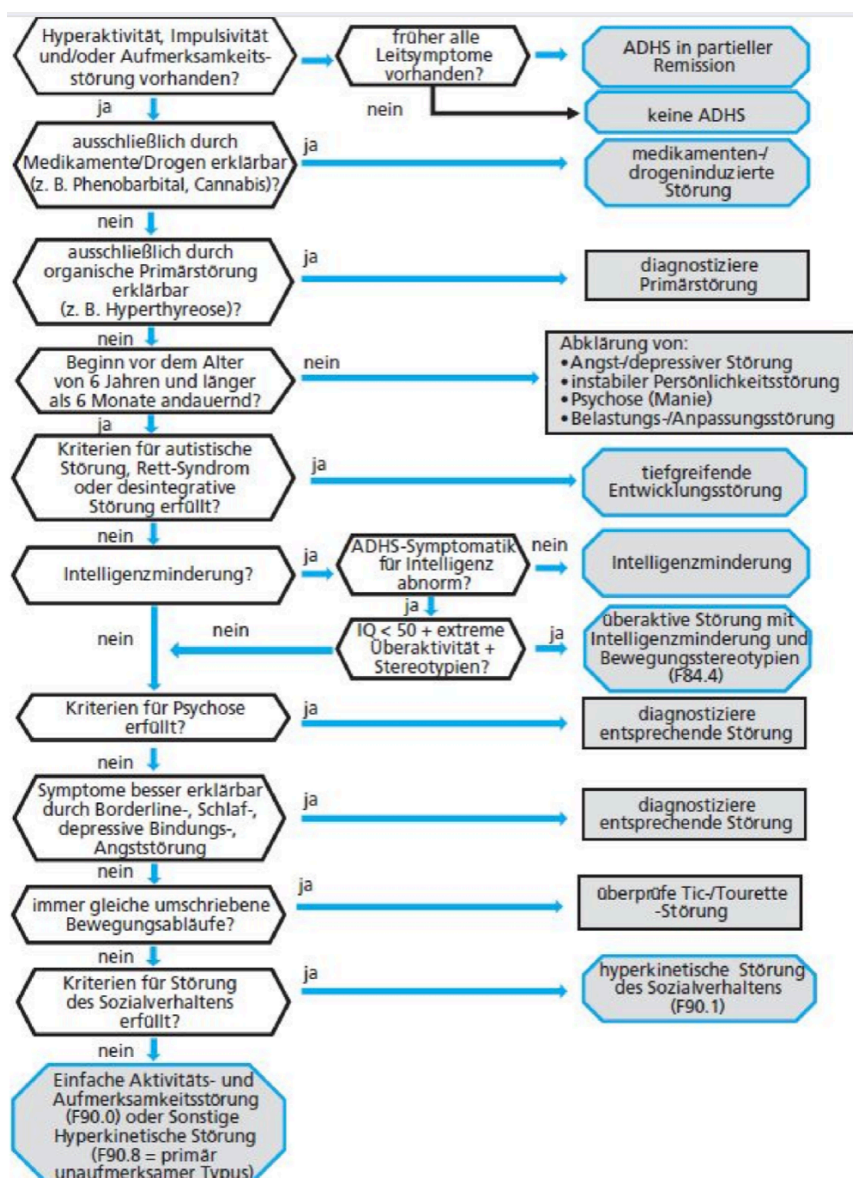


Abbildung 7: Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum (Döpfner et al.2009) vgl. (Steinhausen et al., 2010, S.251)

8.8. Diskussion Diagnostik

Meiner Meinung, nach gibt es bei der Diagnostik von ADHS nicht wirklich etwas zu diskutieren. Es gibt kein Pro und Kontra, was genau betrachtet oder durchleuchtet werden müsste. Es ist unumgänglich, ADHS ordentlich zu diagnostizieren, um anschliessend angemessen reagieren zu können und die richtigen Konsequenzen zu ziehen. Ich finde es ebenfalls von zentraler Bedeutung, die Diagnostik und auch Differenzialdiagnostik von Fachpersonen durchführen zu lassen. Verdachtsdiagnosen von überforderten Lehrpersonen oder verzweifelten Eltern, sollten durch Ärzte und Ärztinnen verifiziert werden.

Um nicht falsch verstanden zu werden, möchte ich erwähnen, dass ich der Meinung bin, dass Lehrpersonen dennoch eine sehr zentrale Rolle bei der Diagnostik spielen. Die meisten

Probleme, die mit ADHS einhergehen, zeigen sich vor allem im schulischen Alltag. So haben Lehrpersonen eine andere und wichtige Sicht auf das Kind als zum Beispiel die Eltern. Weiter werden sie auch in das diagnostische Verfahren eingebunden, da ihre Beobachtungen ebenfalls eine sehr wichtige Rolle spielen.

Auch der Differenzialdiagnostik sollte man ein besonderes Augenmerk zukommen lassen. Wie oben beschrieben, gibt es eine Vielzahl an anderen Krankheiten oder Störungen, die ADHS stark ähneln und ausgeschlossen werden sollten.

Einzig möchte ich zu bedenken geben, dass ADHS heutzutage eine sehr beliebte Erklärung für unpassendes Verhalten von Kindern ist. Eine ausführliche Diagnostik sollte deshalb nur stattfinden, wenn ausreichend Begründungen für den Verdacht bestehen. Das Diagnostikverfahren kann unter Umständen auch falsche Signale an das entsprechende Kind senden – nämlich, dass irgendetwas mit ihm nicht stimmt und es nicht gut so ist, wie es ist. Führt die Diagnostik dann noch ins Leere, ist niemandem anschliessend geholfen.

Also zusammengefasst plädiere ich für eine umfassende Diagnostik durch Fachpersonen, allerdings nur dann, wenn es wirklich Grund zur Annahme gibt, dass eine psychische Störung, zum Beispiel ADHS, vorliegt. Die Diagnose ADHS kann unter Umständen entlastend sein, da es dann viele Möglichkeiten der Intervention gibt. Jedoch gilt es auch nach geeigneten Interventionen zu suchen, wenn die Diagnose nicht bestätigt wird, denn die Probleme verschwinden nicht mit einer bestätigten Diagnose.

9. Komorbiditäten

Nach Schwenck, Walitza und Warnke (2007) ist ADHS nicht nur eine der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter, sondern steht ebenfalls sehr häufig in Verbindung mit weiteren psychiatrischen Auffälligkeiten. Diese können sowohl von der ADHS ausgelöst sein, als auch unabhängig davon auftreten. Die Autoren führen eine Studie an, die besagt, dass 87% aller Kinder mit ADHS mindestens eine weitere Diagnose haben. Das zentrale ADHS Netz (verfügbar unter <https://www.zentrales-adhs-netz.de/infos-zu-adhs/allgemeine-infos-zu-adhs/>, 2020) erwähnt 80% mit komorbiden Störungen. 67% haben sogar zwei oder mehr Diagnosen. Die Studie besagt weiter, dass die häufigsten Störungen eine Lern- und Leistungsstörung (40%)

sind, sowie oppositionelle Verhaltensstörungen (60%). Die folgende Tabelle zeigt eine Auflistung komorbider Störungen und ihre Häufigkeit nach dem Zentralen ADHS Netz.

Tabelle 6: Komorbide Störungen bei ADHS und ihre Prävalenz (Quelle: <https://www.zentrales-adhs-netz.de/infos-zu-adhs/allgemeine-infos-zu-adhs/>)

| Komorbide Störung | Prävalenz |
|--|-----------|
| Oppositionelle Verhaltensstörung | 45-55% |
| Dissoziale Störungen | 33-45% |
| Angststörungen | 25-35% |
| Depressive Störungen | 25-30% |
| Bipolare Störungen | 6-19% |
| Tic Störungen | 12-34% |
| Störung der motorischen Koordinationsfähigkeit | Bis 50% |
| Sprachstörungen | Bis 50% |
| Lese-/Rechtschreibstörungen | 8-39% |
| Rechenstörungen | 12-33% |

Gawrilow (2016) unterscheidet zwischen komorbiden Störungen, die parallel mit der ADHS aufgetreten sind und jenen, die sich erst im Laufe der ADHS entwickelt haben. Sie warnt davor, dass wenn die ADHS Diagnose zu spät gemacht wird, häufig Anpassungs- und Kompensationsprozesse an die ADHS zu weiteren Störungen führen können. Der Unterschied ist ihrer Meinung nach sehr wichtig. Wenn weitere Störungen später auftreten, sollten vorrangig die komorbiden Störungen diagnostiziert und behandelt werden, wenn die Störungen aber zeitgleich mit der ADHS auftreten, empfiehlt Gawrilow die primäre Behandlung der ADHS.

10. Diagnostik aus (Heil-)pädagogischer Perspektive

Nach Meinung von Fachpersonen ist dringend davon abzuraten, in der Funktion als schulische Heilpädagogin oder schulischer Heilpädagoge eine ADHS zu diagnostizieren.

Jedoch kann man bei einem begründeten Verdacht wesentlich zur Diagnostik beitragen. Wir erleben die Kinder in der Schule oder im Kindergarten auf eine andere Weise, als die Eltern zu Hause und viele der Symptom-Trias werden erst in diesem Kontext deutlich.

Bei der Diagnostik durch einen Experten oder eine Expertin, kommt es auch auf die Expertise der Lehrpersonen an, wenn man ordentlich und mehrdimensional vorgeht. Abgesehen von den vielen Fragebögen die zur Verfügung stehen, ist es die Aufgabe von SHPs Kinder mit Auffälligkeiten zu beobachten. Wir können und sollen also unseren Beitrag zur Diagnostik leisten. Wichtiger anschliessend ist es jedoch, geeignete Fördermassnahmen und Interventionen zu finden.

11. Stärken und Ressourcen von ADHS Kindern finden und fördern

Für eine gute Entwicklung eines Kindes mit ADHS ist es von zentraler Bedeutung, dass es den Glauben an sich selber nicht verliert. Das Selbstwertgefühl vieler betroffener Kinder ist äusserst gering, da sie häufig Ablehnung und Misserfolge erleben. Aber sowohl als Eltern als auch als Lehrperson kann man einen wichtigen Teil zur gesunden Entwicklung des Kindes beitragen. Grolimund und Rietzler geben dazu einige wertvolle Empfehlungen (vgl. Grolimund & Rietzler, 2016, S.184). ADHS-Kinder sollen:

- Wertschätzung erfahren
- mit ihren Stärken gesehen werden
- Interessen und Begabungen ausleben
- Erfolge erleben
- sich zugehörig fühlen
- erleben, dass sie Leben anderer bereichern
- jemanden haben, der an sie glaubt
- erleben, dass es einen Platz für sie gibt

Um spezielle Stärken und Ressourcen des Kindes zu finden und zu fördern, liefern die Autoren sieben Schritte (ebd., S.186-192):

1. *„Stellen Sie ihrem Kind Fragen*
2. *Lassen Sie ihr Kind Experte sein*

3. *Füllen sie gemeinsam eine Schatzkiste*
4. *Führen Sie ihr Kind mit Gleichgesinnten zusammen*
5. *Rücken Sie ihr Kind in ein gutes Licht und fiebern Sie mit*
6. *Sorgen Sie für gute Rahmenbedingungen*
7. *Nehmen Sie die Anliegen und Interessen Ihres Kindes ernst“*

Einen interessanten Ansatz habe ich in einer Lehrerhandreichung (Heil, 2007) gefunden. Die Autoren bieten Alternativen für negativ konnotierte Begriffe an, um vermeintliche Schwächen als Stärken von ADHS Kindern erkennen und annehmen zu können:

„Hyperaktiv oder energisch

Impulsiv oder spontan

Zerstreut oder kreativ

Tagträumer oder fantasievoll

Unaufmerksam oder offen für neue Eindrücke

Unberechenbar oder flexibel

Streitsüchtig oder unabhängig

Störrisch oder engagiert

Unkonzentriert oder einzigartig“ (Heil, 2007, S.30)

Natürlich ist das sehr positiv formuliert, jedoch lohnt es sich manchmal, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen!

12. Interventionen

Am Anfang sämtlicher Interventions- oder Therapiemassnahmen sollte nach Steinhausen et al. (2010) die Psychoedukation aller beteiligten Personen stehen. Sie verhilft zu tieferem Verständnis für die Problematik von ADHS und ebnet den Weg für alle weiteren Schritte.

12.1. Psychoedukation

Unter Psychoedukation versteht man, mit einfachen Worten zusammengefasst, die Aufklärung aller Betroffenen und Bezugspersonen über eine vorhandene psychische Störung, in diesem Fall ADHS.

«Ziel von Psychoedukation ist es, die Störung besser zu verstehen, um besser mit ihr umgehen zu können, indem die persönlichen Erfahrungen mit der Störung mit dem Wissen über die Störung verbunden werden.» (Steinhausen et al., 2010, S.258). Wichtig dabei ist es, die Aufklärung an das Alter des Kindes anzupassen. Indem man das Kind bei der Psychoedukation miteinbezieht, hat es die Möglichkeit seine eigenen Schwierigkeiten besser zu verstehen und zu erkennen, dass auch andere Menschen ähnliche Probleme haben und um zu erfahren, was man für Lösungsmöglichkeiten für seine Probleme hat. Durch eine gut durchgeführte Psychoedukation erhöht man bei den betroffenen Kindern die Motivation zur Mitarbeit bei sämtlichen Interventions- und Therapiemassnahmen. Die Aufklärung sollte von Fachpersonen durchgeführt werden, wie zum Beispiel Kinderarzt oder Ärztin, Beratungsstellen, Therapeuten und Therapeutinnen oder Psychologen und Psychologinnen.

Schürmann und Döpfner (Steinhausen et al., 2010) sprechen im Zusammenhang mit der Psychoedukation vom KAP-Konzept, welches aus drei Elementen besteht und gute Erfolge in der Praxis gezeigt hat:

K: Konzeption der Problematik: Erfragen Sie Problemsicht, geben Sie Informationen, entwickeln Sie ein gemeinsames Störungskonzept und einen Behandlungsplan.

Bei diesem ersten Schritt geht es darum, das Vorwissen und die Erwartungen der Beteiligten einzuholen. Anschliessend geht es um gezielte Informationen die ADHS betreffend. Dazu gehören Probleme, Ursachen, Verlauf und Therapiemöglichkeiten. In diesem Schritt wird ebenfalls ein gemeinsamer Behandlungsplan erstellt.

A: Aktivierung der Ressourcen: Erarbeiten Sie die Ressourcen und Kompetenzen und stärken Sie positive Beziehungen.

Im zweiten Schritt geht es darum, alle Beteiligten zu stärken. Dazu gehört es, Entlastungen zu suchen, Verständnis füreinander zu entwickeln und positive Erfahrungen zu stärken. Der

Schwerpunkt liegt hierbei auf der Stärkung der Bezugspersonen. Zahlreiche Ratgeber liefern dazu Material.

P: Problemlösung: Erfragen Sie Verhaltensprobleme in konkreten Problemsituationen, entwickeln Sie konkrete Interventionen und kontrollieren Sie den Verlauf.

Beim dritten und letzten Schritt des Beratungskonzepts geht es um konkrete Hilfestellung. Dazu müssen einzelne Problemsituationen herausgearbeitet werden, um Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Tipps, wie klare Regeln aufstellen, das Kind häufig loben, konsequent sein etc., gehören zu diesem Schritt.

Je nach Adressaten, variieren die drei Schritte in ihren Inhalten. Die Erläuterungen oben beziehen sich vor allem auf die Psychoedukation von Eltern. Für Lehrpersonen sind andere Lösungsvorschläge von Bedeutung als für Eltern und auch die Problemsituationen sehen anders aus. Bei der Arbeit mit Kindern erwähnen Steinhausen und Döpfner immer wieder das Therapieprogramm «THOP», auf welches ich, im Rahmen der Interventionen, weiter unten noch näher eingehen werde.

12.2. Kindzentrierte Interventionen

Bei der Behandlung von ADHS und angesagten Interventionen ist es von zentraler Bedeutung, dass man auf eine sogenannte multimodale Weise vorgeht. Es ist nicht davon auszugehen, dass eine Therapie- oder Interventionsform allein zu befriedigenden Ergebnissen führt. Nach Siemssen (2017) sind die Elemente einer multimodalen Therapie „Aufklärung und Beratung von Patienten, Eltern und Lehrern, Elternt raining und Intervention in der Familie einschliesslich Familientherapie, Psychoedukation/Intervention im Kindergarten/ in der Schule, kognitive Therapie (Selbstmanagement) des Kindes/Jugendlichen, medikamentöse Therapie, sowie eventuell Neurofeedback“.

Die einzelnen Elemente unterscheiden sich bei den Experten in geringem Masse. Gundelfinger (2019) zum Beispiel führt noch die Möglichkeit einer Verhaltenstherapie an. Nach Grolimund und Rietzler (2016) kann zusätzlich ein Lerncoaching oder eine Lerntherapie, ein Sozialkompetenztraining, angepasste Ernährung und gezielte Bewegung ein sinnvoller Teil der Therapie sein.

Die Sinnhaftigkeit einer multimodalen Therapie fassen Döpfner und Sobanski (2010, S.276) wie folgt zusammen: Die multimodale Therapie ist effektiv bei der Reduktion von ADHS-Kernsymptomen sowie komorbiden Auffälligkeiten. Durch den Einsatz verschiedener Therapieformen, die alle ihre Vorteile haben, verbessert sich automatisch auch die Wirksamkeit der anderen Interventionen.

Eine mögliche Vorgehensweise zeigt Döpfner mit seinem Entscheidungsbaum zur Planung einer multimodalen Therapie auf, welcher in der folgenden Abbildung zu sehen ist.

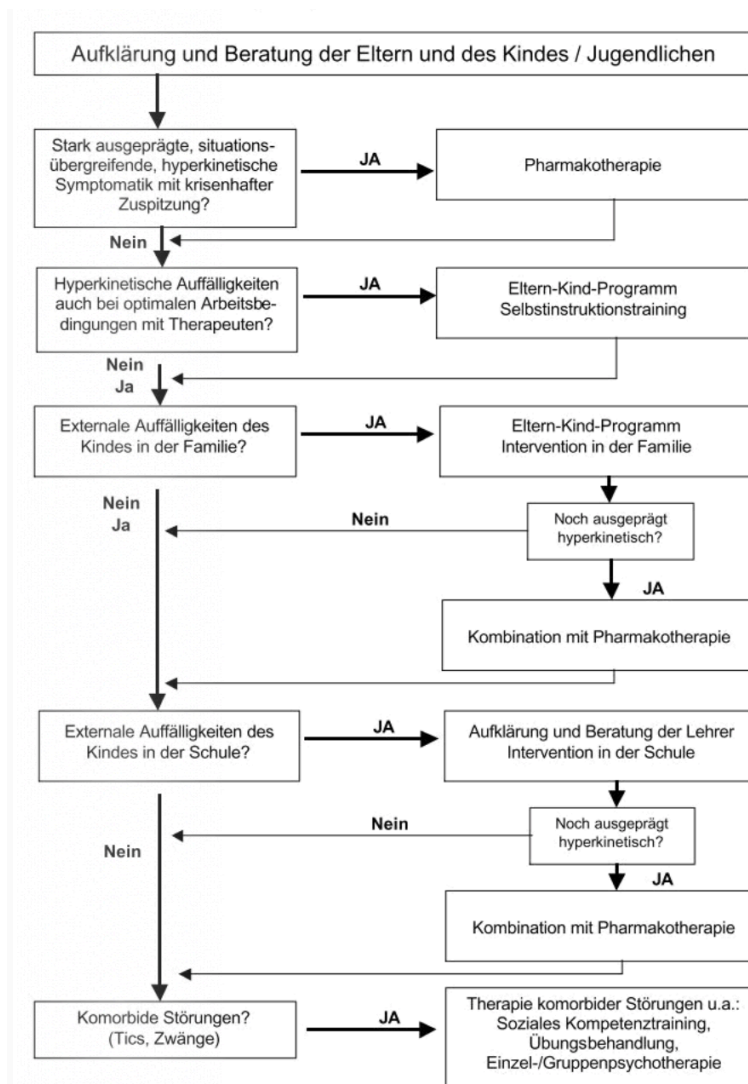


Abbildung 8: Entscheidungsbaum zur Planung einer multimodalen Therapie bei Schulkindern mit ADHS (Ulbricht, 2020)

Im Folgenden werde ich nun die einzelnen Elemente einer multimodalen Therapie und weiteren Interventions- und Therapiemaßnahmen näher erläutern. Die einzelnen Elemente stellen gemeinsam die Interventionsmöglichkeiten für alle Beteiligten bei dem Umgang mit ADHS dar.

Ich habe mich für einige wichtige entschieden, die in der Fachliteratur immer wieder empfohlen werden, erhebe aber keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

12.2.1. Pharmakotherapie

Zu einer medikamentösen Behandlung wird geraten, wenn die Auswirkungen von ADHS das Leben des Kindes und des betroffenen Umfeldes stark beeinträchtigend sind und andere Behandlungen und Therapien keinen oder zu wenig Erfolg zeigen. Eine medikamentöse Behandlung hat zum Ziel, die auftretenden Beeinträchtigungen, wie die Unaufmerksamkeit, die Impulsivität und Hyperaktivität, sowie die mangelnde Impulskontrolle zu verringern.

Die Auswahl an Medikamenten ist beschränkt. Es gibt einige wenige Mittel, die sich in der Behandlung von ADHS bewährt haben und für die Therapie bei Kindern zugelassen sind.

Im Folgenden möchte ich nun die gängigsten Medikamente und ihre Wirkung beschreiben.

Methylphenidat

Methylphenidat ist das häufigsten eingesetzte Medikament bei der Behandlung von ADHS in der Schweiz. Das Mittel gibt es als Kurzzeit- oder Langzeitpräparat. Die Wirksamkeit wurde in zahlreichen klinischen Studien belegt (vgl. Walitza, 2016). Methylphenidat gehört zur Substanz der Stimulanzien. Stimulanzien wirken unter anderem gegen ein vermindertes Bewusstsein und Konzentrationsstörungen (vgl. Woggon, 2009).

Die Wissenschaft geht davon aus, dass bei ADHS Patienten ein Dopamin Mangel vorliegt (vgl. Huss, 2002). Der Neurotransmitter Dopamin ist ein Botenstoff, der Erregungen von einer Nervenzelle in die nächste überträgt (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Methylphenidat>, 2020). Liegt nun ein Mangel dieses Neurotransmitters vor, ist die Übertragung zwischen den Nervenzellen beeinträchtigt. Methylphenidat wirkt als sogenannter Wiederaufnahmehemmer. Das heisst, es setzt im synaptischen Spalt einer Nervenzelle an und blockiert die Aufnahme in die nächste Nervenzelle, bzw. den Rückfluss. Dadurch reichert sich Dopamin im synaptischen Spalt an und kann länger an den Rezeptoren wirken und eine bessere Übertragung von Erregungen gewährleisten (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Dopamin>, 2020, 2020).

Handelsnamen:

Ritalin, Dexamin, Modafinil, Medikinet (vgl. Woggon, 2009)

Im Fall, dass Methylphenidat nicht ausreichend wirkt oder die Nebenwirkungen (wie Übelkeit, Kopfschmerzen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Appetitmangel) zu stark sind, wird in der Schweiz und Deutschland meist zu Atomoxetin gegriffen.

Atomoxetin

Bei Atomoxetin handelt es sich ebenfalls um einen Wiederaufnahmehemmer, welcher jedoch im Gegensatz zu Methylphenidat nicht am Dopamin, sondern am Noradrenalin ansetzt. Die Wirkweise ist die gleiche und hat zum Ziel, die Erregungsübertragung zwischen zwei Nervenzellen zu verbessern. Atomoxetin wurde ursprünglich zur Behandlung von Depressionen entwickelt, zeigte dort jedoch zu wenig Wirkung. Bei der Behandlung von ADHS ist es jedoch erfolgreich, in Bezug auf die drei Kernsymptome (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Atomoxetin>, 2020). Ein gravierender Unterschied zu Methylphenidat ist, dass Atomoxetin erst im Körper angereichert werden muss und seine volle Wirkung nach circa 12 Wochen entfaltet. Es wird durchgängig eingenommen und es sind keine kurzfristigen Pausen wie bei Methylphenidat möglich (vgl. Walitza, 2016, S.134).

Handelsname:

Strattera

Lisdexamphetamin

Lisdexamphetamin gehört zu der Stoffgruppe der Amphetamine und ist somit ebenfalls ein Stimulans. Seine Wirkung unterscheidet sich von der des Methylphenidats und von Atomoxetin darin, dass es nicht wiederaufnahmehemmend wirkt, sondern die Ausschüttung von Neurotransmittern erhöht. Lisdexamphetamin ist eine sogenannte Pro-Drug, das heisst, der Wirkstoff entsteht erst im Körper durch Verstoffwechselung. Dadurch kann eine längere Wirkdauer gewährleistet werden, als es bei herkömmlichen Amphetaminen der Fall ist (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Lisdexamfetamin>, 2020).

Handelsname:

Elvanse

Guanfacin

Guanfacin ist ein Antihypertonikum und wurde ursprünglich als blutdrucksenkendes Mittel entwickelt, zeigt sich aber auch in der ADHS Therapie als wirkungsvoll. Das Medikament kommt erst zum Einsatz, wenn Stimulanzien und Atomoxetin keine, oder eine zu geringe Wirkung zeigen, oder die Nebenwirkungen zu gravierend sind (vgl. Siemssen, 2017).

Die Wirkungsweise bei ADHS ist im Moment noch nicht vollkommen erforscht. Experimente mit Tieren haben jedoch gezeigt, dass unter Einnahme des Medikaments die Impulskontrolle, die Aufmerksamkeit und auch die Leistung des Arbeitsgedächtnisses verbessert wird (vgl. <https://www.adhspedia.de/wiki/Guanfacin>, 2020).

Handelsname:

Intuniv

Die folgende Abbildung fasst die gängigsten Medikamente und ihre Eigenschaften zusammen.

| Psychostimulanzien | Eigenschaften |
|--|--|
| Methylphenidat (z.B. Ritalin®, Medikinet®, Concerta®, Equasym®) | <ul style="list-style-type: none"> – Mittel der ersten Wahl – Schnelle Aufdosierung möglich – Hohe Effektstärke – Häufigste NW: Appetitmangel und Einschlafstörungen |
| Amfetamin (Elvanse®) | <ul style="list-style-type: none"> – Zweitlinientherapie – prodrug, dadurch verzögerte Freisetzung – klinische Wirkung bis zu 13 h |
| Nicht-Psychostimulanzien | |
| Atomoxetin (Strattera®) | <ul style="list-style-type: none"> – Aufdosierung über ca. sechs Wochen, volle Wirkung erst nach zwölf Wochen – Hohe Effektstärke – Häufigste NW: Appetitstörungen, Bauchschmerzen, Übelkeit |
| Guanfacin (Intuniv®, in der CH bisher nicht registriert) | <ul style="list-style-type: none"> – Wenn Stimulanzien und Atomoxetin keine ausreichende klinische Wirkung erzielt haben oder nicht vertragen wurden – Häufigste NW: Sedierung, Kopfschmerzen, Mundtrockenheit |

Abbildung 9: Wirkstoffe zur Behandlung von ADHS (Siemssen, 2017)

Bei der Pharmakotherapie handelt es sich um eine patientenzentrierte Interventionsform.

12.2.2. Verhaltenstherapie

Neben einer Pharmakotherapie sollte immer auch eine verhaltenstherapeutische Intervention Teil der multimodalen Therapie sein. Ziel ist dabei, dem Kind Verhaltensalternativen beizubringen und sie allmählich zu festigen. Dabei unterscheidet man zwischen drei verschiedenen verhaltenstherapeutischen Interventionsansätzen:

- Der patientenzentrierten Intervention,
- der elternzentrierten Intervention und
- der kindergarten- und schulzentrierten Intervention (vgl. Abelein & Stein, 2017).

Diese drei Ansätze werde ich im Folgenden beschreiben.

12.3. Patientenzentrierte verhaltenstherapeutische Intervention

12.3.1. Konzentrations- und Selbstinstruktionstraining

Das Ziel des Selbstinstruktionstraining ist es, mit dem Kind Problemlösestrategien zu entwickeln, um eine bessere Verhaltensregulation zu erzeugen. Weiter soll es helfen, die Aufmerksamkeit des Kindes zu fokussieren, seine Impulskontrolle zu fördern und Strategien zur Aufgabenbewältigung zu entwickeln. Zusammengefasst lernt das Kind mit einem Therapeuten/einer Therapeutin als Modell. Diese/r denkt laut, *«wie man mit Schwierigkeiten umgehen kann, die Schwierigkeiten zuerst einmal erkennt, verschiedene Lösungsmöglichkeiten überlegt und abwägt, abschätzt, ob die Lösungsmöglichkeiten angemessen sind, die Richtigkeit der Lösung kontrolliert und sich schliesslich selbst für den Erfolg bestätigt.»* (Döpfner et al., 2013, S.63). Diese Schritte werden zum Beispiel mit Hilfe von Signalkarten visualisiert. Die Autoren weisen darauf hin, dass es keine empirischen Beweise für die Wirksamkeit des Selbstinstruktionstrainings gibt. Zu Erfolg kann es allerdings in Verbindung mit Selbstmanagement-Methoden führen (vgl. Döpfner et al., 2013).

12.3.2. Selbstmanagement-Methoden

Nach Döpfner et al. (2013) haben Selbstmanagement-Methoden das Ziel, dem Kind beizubringen, auf seine Verhaltensprobleme bewusst zu achten. Anschliessend soll es Verhaltensalternativen anwenden und sich an gegebene Regeln halten. Ist das gelungen, soll das Kind sich

selbst positiv verstärken. Die Autoren erwähnen, dass es ebenfalls eine Fremdverstärkung für positives Verhalten geben soll, die Selbstverstärkung aber bessere Ergebnisse erzielt.

Verhaltenstherapie, bei der Patientinnen und Patienten mit ADHS im Fokus stehen, folgt den «Prinzipien der Verhaltensmodifikation im sozialen Kontext» (Steinhausen, 2016, S.147).

Diese Prinzipien lauten wie folgt:

- *«Identifikation spezifischer Problemsituationen und spezifischer Verhaltensprobleme*
- *Kontinuierliches Aufzeichnen von Verhaltensverbesserungen*
- *Analyse positiver und negativer Konsequenzen und Kontingenzen für angemessenes und problematisches Verhalten*
- *Verbesserung der Wahrnehmung von Eltern/Lehrern in Supervisionssitzungen, wenn negative Interaktionen dominieren*
- *Vermittlung von effektiver Kommunikation*
- *Einsatz von Münzverstärkung für angemessenes Verhalten*
- *Einsatz von angemessenen negativen Konsequenzen für problematisches Verhalten (Verstärkerentzug und Verhaltensverträge)*
- *Einbeziehung des Kindes als aktiven Teilnehmer des Therapieprozesses».* (Steinhausen, 2016, S.147/148).

Diese Prinzipien basieren auf der Theorie der operanten Konditionierung nach Skinner. Im Fall der ADHS können die besten Ergebnisse mit Verstärkung von erwünschtem Verhalten erzielt werden (vgl. Steinhausen, 2016,).

Ein Therapieprogramm, welches diesen Ansatz verfolgt, ist das «THOP-Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten» nach Döpfner et al. (2013). Dieses Programm ist nicht nur patientenzentriert, sondern bezieht ebenfalls Eltern und Lehrpersonen mit ein.

12.3.3. THOP

Bei THOP handelt es sich um ein Therapieprogramm, das sowohl die Aspekte des Kindes als auch der Eltern als auch der Lehrpersonen miteinbezieht. Laut Gawrilow (2016) zählt es mittlerweile zu den Standardtherapieverfahren für Kinder mit ADHS. Ihrer Aussage zufolge kamen Studien zu dem Ergebnis, dass das Programm sehr effektiv ist. Geeignet ist es für Kinder

zwischen 3 und 12 Jahren. Das Programm besteht aus einzelnen Bausteinen, die nach Bedarf zu einer individuellen Therapie zusammengesetzt werden können. Das Gesamtkonzept besteht aus zwei Teilen: Dem Diagnostikteil und dem Therapieteil (vgl. Döpfner et al., 2013, S.81). Der Therapieteil gliedert sich in einzelne Bausteine, welche entweder kind- familien- oder kindergarten- und schulzentriert sind.

Die folgende Abbildung zeigt den Aufbau des Therapieprogramms.

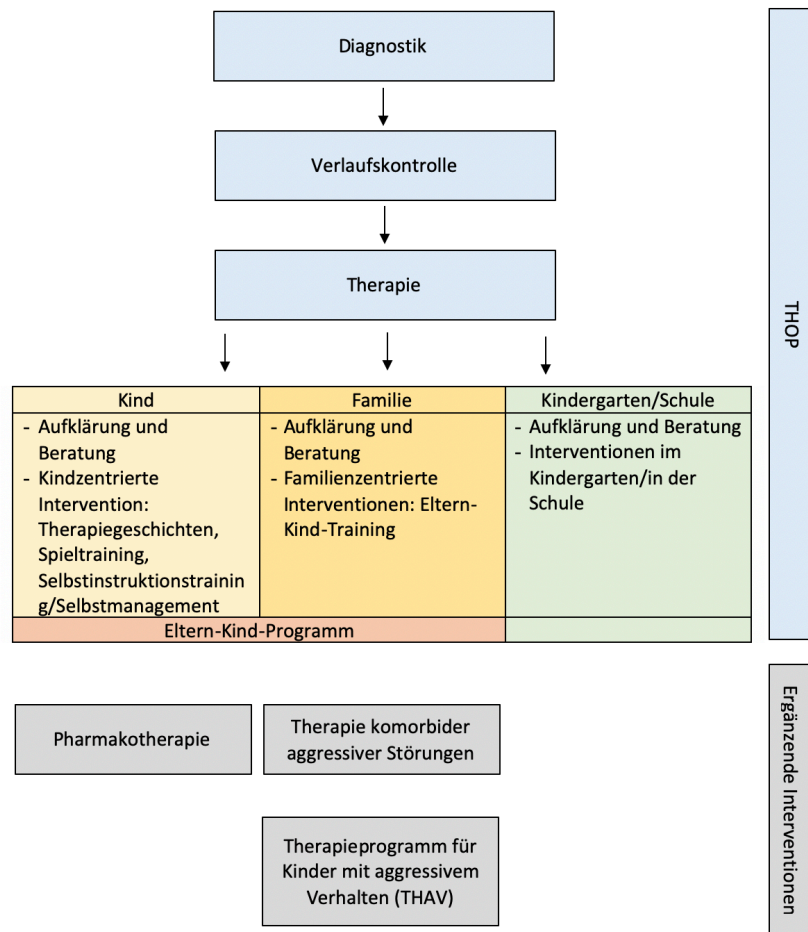


Abbildung 10: Aufbau und Inhalte von THOP (Döpfner et al., 2013, S.82)

Den Anfang macht die Diagnostik. Dazu gehören Angaben zum Patienten/zur Patientin, Vorstellungsanlass, Interessen/Kompetenzen, Problematik in der Schule/Kindergarten, Problematik gegenüber Gleichaltrigen, Komorbiditäten, organische Primärstörung/Medikation, Diagnose-Checklisten, Anamnese, Therapiemotivation und die Exploration der Lehrpersonen. Hinzu kommen diverse Fragebögen zur spezifischen Verhaltensdiagnostik, zur Intelligenz und zur Familiendiagnostik (vgl. Döpfner et al., 2013).

Ist die Diagnostik abgeschlossen, folgt der nächste Punkt, die Verlaufskontrolle, die während der gesamten Therapiezeit fortgesetzt wird. Diese besteht aus zwei Elementen: der Kontrolle

in kurzen Abständen, die bei jeder Behandlung stattfindet und der Kontrolle nach grösseren Abständen, bei der die Therapieziele überprüft werden. Beide Kontrollverfahren gibt es für familienzentrierte Interventionen und schul- und kindergartenzentrierte Interventionen.

Im Anschluss an die Diagnostik startet das Therapieprogramm. Den Kern dabei bildet das Eltern-Kind-Programm.

« Es kombiniert Interventionen auf der Ebene der Eltern und der Familie mit Interventionen auf der Ebene des Kindes, und es integriert sowohl Interventionen, die auf die Veränderung familiärer Strukturen als auch auf die Beeinflussung alltäglicher familiärer Interaktionen abzielen.» (Döpfner et al., 2013, S.142).

Bei dem gesamten Programm wird nach fünf Grundprinzipien vorgegangen (vgl. Döpfner et al., 2013). Es wird mit der Problemdefinition gestartet und sich auf die Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung konzentriert. Anschliessend folgen Interventionen, die sich auf impulsives oder oppositionelles Verhalten konzentrieren. Diese sind auf absolute Konsequenz bei der Durchsetzung angewiesen sind, um anhaltende Erfolge zu erzielen. Zur Unterstützung können sogenannte Token-Systeme, also Verstärker-Systeme, hinzugezogen werden. Auf diese Art der Intervention werde ich weiter unten noch näher eingehen.

Dann werden spezifische Verhaltensprobleme, wie zum Beispiel Probleme bei den Hausaufgaben, geringe Spieldauer usw., mit spezifischen Interventionen behandelt. Den Schluss bilden Therapiebausteine, die die erzielten Effekte dauerhaft stabilisieren sollen.

12.3.4. (Response-Cost-)Token-System

Token-Systeme (vom englischen token coin: Münze, Wertmarke) basieren ebenfalls auf der operanten Konditionierung, die zur einer gewünschten Verhaltensänderung führen soll. Ein weiterer gängiger Begriff für dieses System ist Verstärker-System (vgl. <https://www.adhspedia.de/wiki/Token-System>, 2020).

Ein Token wird hier als sekundärer Verstärker verwendet, das heisst eine vorübergehende Belohnung, die zu einem späteren Zeitpunkt zum Einsatz kommt. Token können vielfältig gewählt werden: Es können Sticker, Smileys, Marken, Chips oder Ähnliches verwendet werden. Wichtig ist bei der Auswahl nur, dass ein Token keinen Eigenwert haben darf, sondern lediglich in dem angewandten Token-System einen Wert bekommt. Das System dient der positiven Verstärkung. Die Bedingungen werden vorgängig mit dem Kind vereinbart. Zeigt das Kind ein

vorher vereinbartes positives Verhalten, erhält es ein Token. Diese Tokens werden gesammelt und bei Erreichen einer vorher definierten Anzahl gegen eine Belohnung eingetauscht.

Eine Variante des Token-Systems ist das Response-Cost-Token-System. Hierbei wird der Aspekt der Bestrafung hinzugefügt. Gesammelte Tokens können durch unerwünschte Verhaltensweisen wieder entzogen werden. Wichtig hierbei ist es, ein ausgewogenes System zwischen Belohnung und Bestrafung zu finden, um die Motivation des Kindes nicht zu zerstören. Auch Hartke und Vrbanc (2017) verwenden diese Systeme in ihrem Lehrmittel zur Intervention bei Verhaltensauffälligkeiten. Es handelt sich hierbei um eine lerntheoretisch begründete Handlungsmöglichkeit, der den beiden Autoren zufolge, das sogenannte S-O-R-K Modell zu Grunde liegt. Dieses Modell soll bei der Planung von intervenierenden Massnahmen zur Unterstützung dienen. Es lässt sich folgendermassen zusammenfassen:

«Stimuli/Reize (S)-konditioniert oder unkonditioniert, mit und ohne Hinweischarakter-wirken auf eine Person/einen Organismus (O) und rufen Reaktionen/Verhalten (R) hervor. Die Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens/der Reaktion des Organismus wird durch die Konsequenz (K) auf das Verhalten bestimmt.» (Hartke & Vrbanc, 2017, S.23).

12.3.5. Spieltraining bei Kindern im Vorschulalter

Entwicklungsbedingt ist es schwierig, mit Kindern im Vorschulalter Selbstinstruktions- oder Selbst-Management-Trainings durchzuführen. Döpfner, Schürmann und Frölich sagen, dass diese Methoden «aufgrund der mangelhaft entwickelten Selbststeuerungsfähigkeit nicht anwendbar» sind. (Döpfner et al., 2013, S.66). Sie raten zu einem «Behandlungskonzept zur Steigerung von Spiel- und Beschäftigungsintensität und Ausdauer bei hyperkinetisch auffälligen Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren» (Döpfner et al., 2013, S.66). Abelein und Stein (2017) bestätigen diese Form der Intervention bei Vorschulkindern. Kindern mit ADHS soll so geholfen werden, möglichst altersgerecht und konzentriert spielen zu lernen. Alle oben genannten Autoren sind sich einig, dass bei Kindern im Vorschulalter die besten Ergebnisse erzielt werden, wenn zusätzlich zum Spieltraining, familien- und kindergartenzentrierte Interventionen durchgeführt werden. (Abelein & Stein, 2017) (Döpfner et al., 2013).

12.3.6. Neurofeedback

Birbaumer (2011, S.36) erklärt Neurofeedback mit den einfachen Worten «eine Methode zur Kontrolle der eigenen Hirntätigkeit». Dabei wird mit Hilfe eines EEGs zum Beispiel ein

computergestütztes Verhaltenstraining durchgeführt. Dem ADHS-Patienten oder der Patientin werden Elektroden am Kopf befestigt, wodurch die Hirnströme sichtbar und messbar gemacht werden. Es sind Aufgaben zu lösen, die bei Erfolg eine positive Rückmeldung (sicht- oder hörbar) liefern. Dadurch soll gelernt werden, dass die eigene Hirnaktivität beeinflusst werden kann (vgl. Gelb, 2014). So kann ein Mensch mit ADHS zum Beispiel lernen, sich besser zu konzentrieren. Grolimund und Rietzler (2016) nennen das Beispiel, in dem das Kind einen Film schaut – sobald die Konzentration nachlässt wird der Film unterbrochen, beginnt es wieder sich zu konzentrieren, läuft der Film weiter. Dadurch lernt das Kind, seine Gehirnaktivität gezielt positiv zu beeinflussen. Steinhausen, Rothenberger und Döpfner bestätigen den Nutzen der computerbasierten Neurofeedback-Form, da so «eine gleichmässige Motivationslage gewährt ist.» (Steinhausen et al., 2010, S.356). Ebenfalls bestätigen sie die «signifikante Reduktion von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität» (ebd., S.360), was durch mehrere Studien belegt wurde. Allerdings ist noch offen, wie langanhaltend diese Erfolge sind, da es dazu noch nicht genug gezielte Langzeitstudien gibt. Dennoch kann Neurofeedback aktuell als «evidenzbasierte Behandlungsmethode betrachtet werden» (ebd.).

12.3.7. Förderung der exekutiven Funktionen

Eine zentrale Rolle bei der Intervention bei ADHS spielt die Förderung der exekutiven Funktionen. Die mangelnde Entwicklung dieser Funktionen steht bei mehreren Experten im Fokus, bei den Verhaltensauffälligkeiten die mit ADHS einhergehen. Browns Verständnis der Entstehung von ADHS basiert auf der Entwicklungsstörung der exekutiven Funktionen (Brown, 2018) und auch Barkley sieht dort die Ursache (Döpfner et al. 2013). Die Definition der exekutiven Funktionen variiert je nach Autor geringfügig. Brunsting (2011) nennt folgende acht Funktionen: Handlungsplanung, Organisation des Verhaltens, Zeitgefühl und Zeitmanagement, Flexibilität des Verhaltens, Arbeitsspeicher, Selbststeuerung/Selbstregulation, Metakognition und Handlungskontrolle. Brunsting schreibt, dass es nachgewiesen ist, dass ADHS Kinder eine weniger ausgeprägte Symptomatik aufweisen, wenn sie zum Beispiel ein Arbeitsspeichertraining durchgeführt haben (vgl. Brunsting, 2011, S.8). Sie erklärt, dass die Förderung der exekutiven Funktionen hilft, neue Verbindungen im Gehirn aufzubauen, um so komplexere Leistungen zu erbringen. Die einzelnen exekutiven Funktionen definiert sie folgendermassen:

Tabelle 7: Exekutive Funktionen und Definition nach Brunsting (Brunsting, 2011)

| | |
|----------------------------------|--|
| Handlungsplanung | Fähigkeit einen Plan zu machen, um ein Ziel zu erreichen |
| Organisation des Verhaltens | Systematisch mit sich und seiner Umwelt umgehen |
| Zeitgefühl/Zeitmanagement | Einschätzen wie viel Zeit man hat, Dauer verschiedener Aufgaben einschätzen |
| Flexibilität des Verhaltens | Sich an verändernde Umstände anpassen |
| Arbeitsspeicher | Information kurzfristig im Gedächtnis behalten und mit ihnen arbeiten |
| Selbststeuerung/Selbstregulation | Sich selbst steuern, nicht allen Impulsen nachgeben, Aufmerksamkeit aufbauen und aufrechterhalten, Emotionen kontrollieren |
| Metakognition | Sich selbst von aussen betrachten, evaluieren |
| Handlungskontrolle | Handlungen reflektieren, korrigieren |

Mit dieser Definition beschreibt Brunsting genau die Probleme, die ADHS Betroffene meist haben. Diese Funktionen zu fördern, würde demnach die ADHS Symptomatik erheblich reduzieren.

Toussaint (2020) bestätigt diese These, in dem sie von einem zwei-wöchigen Sommercamp für Kinder mit ADHS berichtet, in dem gezielt Exekutivfunktionen therapeutisch gefördert wurden. Die Leistungen der Kinder wurden zu Beginn des Camps und sechs Wochen nach Beendigung erfasst. Es waren deutliche Verbesserungen in der Aufmerksamkeitsregulation und der Inhibitionskontrolle zu erkennen.

12.3.8. Ergotherapie

Die Ergotherapie ist eine häufig angewandte Therapieform bei einer ADHS Diagnose. Sie verfolgt dabei folgende fünf Ziele:

- „Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeit
- Verbesserung der Problemlösestrategien
- Verbesserung der Impulskontrolle
- Entwickeln von Handlungsplänen
- Anhaltendes Zentrieren der Aufmerksamkeit“ (Gelb, 2014, S.33).

Diese Ziele werden durch Wahrnehmungstraining, Training der Grundarbeits-fähigkeiten, Verhaltenstraining und Konzentrations-und Aufmerksamkeitstraining erreicht.

Dabei sollte sich die Ergotherapie an gewissen Grundsätzen orientieren, um einen Erfolg greifbarer zu machen. Das beinhaltet zum Beispiel klare Strukturen bei der Therapie, Umsetzungshilfen für das häusliche und schulische Umfeld, wobei der Ergotherapeut oder die Therapeutin auch mit den Lehrpersonen zusammenarbeiten sollte. Weiter sollte jederzeit eine gute Kooperation zwischen Eltern, behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bestehen (vgl. Gelb, 2014, S.33).

Döpfner et al. (2017, S.112) erwähnen ebenfalls die Ergotherapie als angebracht, wenn ein Kind mit ADHS Symptomatik zum Beispiel Probleme in der Feinmotorik oder auch Wahrnehmungsfähigkeit hat.

12.4. Familienzentrierte Intervention

Bei elternzentrierten Interventionen handelt es sich meist um Trainingsprogramme, die den Umgang mit dem ADHS-Kind verbessern sollen. Ziel dabei ist es, ein positives Familienklima und eine gute Eltern-Kind-Beziehung zu fördern (vgl. Abelein & Stein, 2017). Das oben genannte Trainingsprogramm THOP beinhaltet eben diese Ziele. Abelein und Stein berufen sich auf Studien, die die Wirksamkeit solcher Elterntrainings bestätigen. Döpfner et al. (2017) ergänzen, dass vor allem die störenden Verhaltensweisen des Kindes mit Hilfe eines Elterntrainings beeinflusst werden sollen. Diese Programme basieren zumeist auf Kontingenzmanagement, das heisst, auf eine bestimmte Aktion folgt eine vorher definierte Reaktion, vergleichbar mit dem Token-System (vgl. Döpfner et al., 2017).

Doch auch bei den elternzentrierten Interventionen sollte nach Döpfner et al. (2010) immer die Psychoedukation an erster Stelle stehen.

12.5. Kindergarten-/Schulzentrierte Intervention

Die kindergarten-und schulzentrierten Interventionen basieren meistens auf der operanten Konditionierung, um gewünschtes Verhalten zu fördern und unerwünschtes abzulegen. Dazu werden häufig Token-Systeme, wie oben beschrieben, verwendet (vgl. Abelein & Stein, 2017). Interessant ist, dass Response-Cost-Systeme, nach Döpfner et al. (2017) im pädagogischen

Setting noch effektiver sind, wobei die Autoren sich auf Studien berufen. Der Unterschied zu den „herkömmlichen“ Token-Systemen ist, dass gewonnene Verstärker durch unerwünschtes Verhalten verloren werden können. Sie begründen das mit der unmittelbaren Reaktion auf das Verhalten des Kindes und einem besseren „Kontingenzverhältnis“ (Döpfner et al., 2017, S.69).

Aber auch bei kindergarten- und schulzentrierten Interventionen sollte nach Döpfner et al. (2010) immer die Psychoedukation an erster Stelle stehen.

12.6. Diskussion Interventionsmöglichkeiten

Wie oben ersichtlich, gibt es eine Vielzahl an Interventionsmöglichkeiten, die zum einen die Probleme mit ADHS-Kindern verringern sollen und ihnen zum anderen Lösungswege für ihr eigenes Leben aufzeigen sollen. Die Liste der genannten Interventionen ist nicht vollständig. Ich habe mich für die häufigsten und mir sympathischsten Formen entschieden. Im Folgenden möchte ich nun diese Interventions- und Therapieformen kritisch auf ihren praktischen Nutzen und ihren Erfolg betrachten.

Generell bin ich der Meinung, dass es immer positiv ist, zu erkennen, dass es ein Problem gibt und anschliessend dazu bereit ist, an diesem Problem zu arbeiten. Sämtliche Interventionsformen sind sehr lösungsorientiert und darauf ausgerichtet, dass sowohl Patienten und Patientinnen als auch die Bezugspersonen, wie Eltern und Lehrpersonen, davon profitieren. Allerdings nur, wenn eine gute Kooperation und Kommunikation zwischen allen Beteiligten zugrunde liegt.

Im Sinne der multimodalen Therapie nach Döpfner und Sobanski (2010) steht die Psychoedukation jeder anderen Interventionsform voran. Auch für mich spielt dieser Teil die wichtigste Rolle. Die Psychoedukation bewirkt, dass alle Beteiligten von dem Gleichen ausgehen und ein vertieftes Verständnis für die komplizierte psychische Störung ADHS bekommen. Sowohl Eltern als auch Lehrpersonen fehlt es oft an Fachwissen, wie auch Becker (2014) beschreibt. Die Psychoedukation durch eine Fachperson ermöglicht, das Störungsbild und seine Auswirkungen zu verstehen und sich anschliessend für eine geeignete Interventionsform zu entscheiden und diese Entscheidung gemeinsam zu tragen. Die daraus resultierenden Interventionen zielen fast alle auf eine Verhaltensänderung ab. Dazu zählen die Konzentrations- und Selbstinstruktionstrainings, das THOP Programm, Spieltraining, Neurofeedback, Ergotherapie und sämtliche Token oder Response-Cost-Token Systeme. Diese Verhaltensänderung soll dem

Kind mit ADHS helfen, im sozialen Kontext weniger Probleme zu haben, seine Impulse zu kontrollieren und seine Aufmerksamkeit zielgerichtet einsetzen zu können. In zweiter Linie helfen diese Interventionen dadurch natürlich auch allen Bezugspersonen. Mögliche Schwierigkeiten dabei sind, dass zu wenig Kooperation zwischen allen Beteiligten stattfindet, dass sämtliche Interventionen sehr aufwendig sind und Konsequenz und Konstanz erfordern und die Ressourcen aller Beteiligten oft nicht ausreichend sind.

Lassen sich aber alle darauf ein, kann es sehr erfolgsversprechend sein, wie auch Studien be weisen.

13. Umgang mit ADHS in der Pädagogik

13.1. Klassenzimmer/Unterrichtsorientiert

Um einen guten Umgang mit einem ADHS-Kind in der Schule oder im Kindergarten gewährleisten zu können, ist es von grosser Bedeutung, dass alle Beteiligten, also Eltern, Lehrpersonen und Kind, konstruktiv, lösungsorientiert und verständnisvoll mit der Problematik umgehen. Es sollte zwischen allen Parteien absolute Transparenz herrschen. Jede der genannten Personen hat sein eigenes Problem mit der vorherrschenden Situation. Die Eltern wollen das Beste für ihr Kind, wollen, dass es individuell gefördert wird und so akzeptiert wird, wie es ist. Die Lehrpersonen wollen einen möglichst reibungslosen Ablauf ihres Unterrichts und dass alle Kinder die Lehrplanziele erreichen. Dazu kommt die mangelnde Zeit, sich mit einem einzelnen Kind intensiver zu befassen, da auch noch der Rest der Klasse wartet. Das betroffene Kind möchte ein Teil der Klassengemeinschaft sein, möchte nicht immer negativ auffallen und es so gut machen wie es eben kann!

Grolimund und Rietzler (2016) haben konkrete Umsetzungsmöglichkeiten für Lehrpersonen entwickelt, die ich im Folgenden vorstellen werde.

Tabelle 8: Empfehlungen für Lehrkräfte nach Grolimund und Rietzler (Grolimund, 2016), S.209-213

| | |
|----------------------|---|
| Geeigneter Sitzplatz | <ul style="list-style-type: none">- Möglichst wenig Ablenkung durch Fenster, etc.- Sitzplatz weit vorne in LP Nähe |
|----------------------|---|

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Eventuell Gehörschutz |
| Handeln statt reden | <ul style="list-style-type: none"> - Ein Schritt auf das Kind zu machen, wenn es unkonzentriert ist - Kurze Berührung am Arm, etc. - Mit dem Finger wortlos auf ein Arbeitsblatt tippen - Vor das Pult des Kindes stellen - Blickkontakt aufnehmen |
| Konzentriertes Arbeiten verstärken | <ul style="list-style-type: none"> - Positive Rückmeldung geben, wenn Konzentration erkennbar ist (das Kind lernt so, seine eigene Konzentration besser einschätzen zu können, Aufmerksamkeit bewusster zu steuern, Freude an Konzentration zu entwickeln), anstatt zu ermahnen |
| Wirksame Anweisungen geben | <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsaufträge vom Kind wiederholen lassen - Kurze, konkrete Anweisungen geben - Positive Formulierungen wählen |
| Kooperatives Verhalten fördern | <ul style="list-style-type: none"> - Jedes Anzeichen von Kooperation positiv bemerken (so wird die Motivation beim Kind vergrößert, kooperativ zu handeln) |
| Proaktiver Umgang mit Hyperaktivität | <ul style="list-style-type: none"> - Einsetzen eines Stehpults - Luftgefülltes Sitzkissen verwenden - Kurze Bewegungspausen im Unterricht - Gelegentliches Umherlaufen erlauben |

Auch Gawrilow (2016) hat zum Thema Umgang mit ADHS für Lehrpersonen einige nützliche Lösungsvorschläge entwickelt. Der Überbegriff dafür ist „Behaviorale Intervention“ und bietet Lehrpersonen die Möglichkeit, schwierige Situation entweder zu vermeiden oder adäquat mit ihnen umgehen zu können. Dazu gehört, dass die Klassenregeln gut einsehbar für alle

Schülerinnen und Schüler im Klassenzimmer platziert werden. ADHS-Kinder sollten diese Regeln zusätzlich an ihrem Arbeitsplatz einsehbar haben. Die Regeln sollten positiv formuliert sein, das heisst es soll festgehalten werden, welches Verhalten erwünscht ist und nicht, welches Verhalten nicht erwünscht ist. Es sollte nur wenige und wichtige Regeln geben. Die Klassenregeln sollten dauerhaft gültig sein und die Schülerinnen und Schüler sollten immer wieder für das Einhalten der Regeln gelobt werden. Sie empfiehlt weiter, dass die Anforderungen bei Aufgaben zunächst reduziert werden sollten. Sobald ein ADHS-Kind ein Erfolgserlebnis durch die Erreichung der Ziele hat, können die Anforderungen schrittweise erhöht werden. Nach Gawrilow (2016) hat es sich bei ADHS-Kindern als wirksam erwiesen, wenn ihnen eine Auswahlmöglichkeit gegeben wird und sie zwischen verschiedenen Optionen wählen dürfen, da das ihre Arbeitsbeteiligung erhöht. Es dürfen allerdings nicht zu viele Optionen sein, da das zu einer Überforderung führen kann. Zwei bis drei Möglichkeiten hält sie für optimal. Die Auswahlmöglichkeiten sollten so aufgebaut sein, dass sie zu ähnlichen Ergebnissen und Lernfortschritten führen. Gawrilow ist genau wie Grolimund und Rietzler (2016) auch der Meinung, dass positives Verhalten von Seiten des ADHS-Kindes mit Verstärkung belohnt werden soll, wie ein Lob oder auch mit Token Systemen. Einen interessanten Ansatz liefert sie noch mit dem „Response-Cost-System“, bei dem zum Beispiel Privilegien, wie ein hausaufgabenfreier Nachmittag, wieder entzogen werden können. Als letzte Intervention nennt Gawrilow (2016) das „Time-Out“. Das bedeutet, dass das Kind kurzzeitig aus einer negativen Situation, oder störendem Verhalten, herausgenommen wird. Dieses Time-Out sollte an einem ruhigen Ort stattfinden, an dem das Kind über das vorangegangene Verhalten reflektieren kann. Allerdings ist diese Form der Intervention nur dann wirksam, wenn das Kind gerne am Unterricht teilnimmt und das Time-Out als negativ empfindet, da es ansonsten willentlich vom Kind herbeigeführt werden kann.

Born und Oehler (2019) haben in ihrem Buch konkrete Lerntipps, Grundprinzipien der Lernmethoden, Grundprinzipien der äusseren Strukturierung und reformpädagogisch orientierte Unterrichtskonzepte für ADHS-Kinder entwickelt, die ein hervorragender Wegweiser sowohl für Lehrpersonen als auch Eltern sein können. Im Folgenden werde ich diese Grundprinzipien und Ratschläge darlegen.

13.1.1. Lerntipps für ADHS-Kinder

Die Grundprinzipien für das Lernen mit ADHS-Kindern sollten zum einen das regelmässige Wiederholen von Übungen und zum anderen das Lernen in kleinen Portionen sein. Grund für diese Grundprinzipien ist der begrenzte Arbeitsspeicher und die Aufmerksamkeitsstörung von ADHS-Kindern. Sie brauchen mehr Wiederholungen als andere Kinder, bis ein Lerninhalt dauerhaft abgespeichert werden kann. Die Autoren plädieren dafür, dass der Lernstoff stark von aussen strukturiert wird, da Kinder mit ADHS grosse Probleme in der Selbstorganisation und Selbststeuerung haben. Es sollte von Lehrpersonen oder auch Eltern immer genau erklärt werden, was wann zu lernen oder zu üben ist. Aber auch dabei kommt es auf „wenige, passende Methoden und Reduktion auf das Wesentliche an.“ (Born & Oehler, 2019, S.62). Die beiden Autoren sind der Meinung, dass ADHS-Kinder nicht mehr und ausgefallene Methoden des Lernens brauchen, sondern wenige passende Methoden, die stets wiederholt werden. Dabei sollte Lernzeit den Grundfertigkeiten, wie Lesen, Schreiben und Rechnen zu Gute kommen und Inhalte wie Abschreiben, Ausmalen oder Nebenfächer in den Hintergrund rücken. Sie führen an, dass der visuelle Kanal bei ADHS-Kindern, empirischen Befunden zufolge, wesentlich besser funktioniert, als der akustische. Darauf sollte beim Lernen geachtet werden. Interessant ist der Ansatz, Lernwege ohne Schreiben zu finden. Häufig ist es bei ADHS betroffenen Kindern der Fall, dass sie fein- und graphomotorische Schwierigkeiten haben und dadurch alles, was mit Schreiben zusammenhängt, ablehnen. Born und Oehler sagen, dass der Schreibprozess grosse Kapazitäten vom Arbeitsspeicher in Anspruch nimmt, die anschliessend nicht mehr für das Abspeichern der Lerninhalte zu Verfügung stehen. (Born & Oehler, 2019, S.63). Um die Aufmerksamkeitsspanne zu erhöhen, sind kleine, kurze Pausen zwischen der Arbeit ein gutes Mittel. Die beiden Autoren sind der Meinung, dass ein Kind ohne grössere Probleme in der Lage ist, 8-14 Minuten am Stück zu lernen, bevor wieder eine kurze Pause benötigt wird. Born und Oehler (2019) nehmen auch Bezug auf reformpädagogische Ansätze, die von dem Leitgedanken ausgehen, dass ein Kind am besten lernt, wenn es intrinsisch motiviert die Möglichkeit hat, sich mit einem Lerngegenstand selbstständig zu beschäftigen. Sie weisen jedoch darauf hin, dass gerade diese geforderte Selbstständigkeit ADHS Kindern grosse Schwierigkeiten bereitet. Als Beispiel nennen sie die Wochenplanarbeit. Lehrpersonen können der Überforderung an die Selbstständigkeit entgegenwirken, wenn sie den Wochenplan zum Beispiel in definierte „Portionen“ unterteilen, die ein ADHS-Kind dann Schritt für Schritt erledigen kann. Bei ADHS betroffenen Kindern ist Strukturierung wesentlich wichtiger als bei anderen

Kindern, um Vermeidung von Aufgaben zu verringern. Sie sprechen sich ebenfalls gegen das „selbstentdeckende Lernen“ bei ADHS Kindern aus.

„Es erscheint für AD(H)S-Kinder günstiger, wenn die Lehrkraft Lerninhalte zergliedert, sie systematisch aufeinander aufbaut, sie explizit vermittelt und kleinschrittig präsentiert. Es erscheint hilfreicher, die Kinder unter der Anleitung der Lehrkräfte üben zu lassen und somit auch kontrollieren zu können, um sie dann auch anschliessend für ihre Lernfortschritte zu loben.“ (Born & Oehler, 2019, S.85).

Imhof (2010) spricht von den sogenannten „6 S“ im Zusammenhang mit der Gestaltung einer geeigneten Lernumgebung und konkreten Massnahmen im Klassenzimmer für Kinder mit einer Aufmerksamkeitsstörung. Ziel dieser sechs Punkte ist es, die Lernumgebung so zu gestalten, dass sie den Fähigkeiten und den Bedürfnissen der Kinder entspricht. Aber auch erzieherische Massnahmen zu treffen, die ADHS-Kinder dauerhaft beeinflussen sollen. Die „6 S“: Stimulation, Standards, Sport, Sozialklima, Struktur und Strategie werde ich im Folgenden zusammenfassen.

Stimulation

Kinder mit ADHS haben das Bedürfnis nach ständiger und neuer Stimulation, welche von äusseren Reizen oder ihrer eigenen motorischen Unruhe herbeigeführt werden kann. Wird nun genug Stimulation von Aussen geboten, kann das Kind eher die eigene Unruhe bewältigen. Imhof sagt, dass zum Beispiel Leuchtfarben auf Arbeitsblättern oder Musik diese Stimulation geben können. Auch Nebentätigkeiten, wie zum Beispiel das Biegen von Büroklammern während Wartezeiten oder Umherlaufen im Klassenzimmer oder das Wechseln des Sitzplatzes, kann die Aufmerksamkeitsspanne verlängern. Sie plädiert für das Lernen mit allen Sinnen und handlungsorientiertem Unterricht, der aber trotzdem nicht zu viel Selbstständigkeit erfordert, sondern in „überschaubare Teilaufgaben“ (Imhof, 2010, S.6) unterteilt ist.

Standards

Kinder mit einer Aufmerksamkeitsstörung brauchen mehr als andere Kinder konkretes Lob für Handlungen, Verhalten oder Aufgaben die sie gut gemacht haben. Imhof rät dazu, einen individuellen Massstab anzuwenden, das heisst, die aktuellen Leistungen werden mit früheren Leistungen verglichen. So kann das Kind eigene konkrete Fortschritte besser erfassen und

seine Arbeitsmotivation wird so gesteigert. Jedoch weist sie auch darauf hin, dass ein Lob nicht zu trivial sein darf, damit das Kind nicht das Gefühl hat, es würde nichts von ihm erwartet. Imhof verweist auf Studien die belegen, dass ein Lob noch mehr Wirkung erzielt, wenn das Kind „etwas zum Anfassen“ bekommt, wie zum Beispiel Aufkleber oder andere Tokens. Die festgelegten Standards müssen unbedingt an das jeweilige Kind individuell angepasst werden – das sowohl bei Bewertungskriterien als auch beim Zeitrahmen.

Sport

Bewegungspausen im Unterricht sind für das Lernen aller Kinder förderlich, ob mit oder ohne Aufmerksamkeitsproblem. Hyperaktive Kinder haben jedoch Schwierigkeiten, ihren motorischen Bewegungsdrang zu kanalisieren, weshalb gezielte Bewegung umso wichtiger ist, um die Energie, die sie zu viel haben, zu kontrollieren und sich zu entspannen. Dazu empfiehlt Imhof einen gut rhythmisierten Unterricht, Entspannungspausen, Bewegungspausen oder auch Sitzbälle anstatt von Stühlen.

Sozialklima

Aufgrund ihrer mangelnden Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und motorischen Unruhe, geraten ADHS Kinder immer wieder in negative Situationen. Sei es in Bezug auf die Lehrperson, die ständig ermahnen muss, aber auch in Bezug auf Mitschülerinnen und Mitschüler, die sich gestört fühlen. Imhof betont, dass eine gute Beziehung zwischen Lehrperson und ADHS-Kind, oder auch zwischen ADHS-Kind und den übrigen Kindern, von zentraler Bedeutung ist, um Spannungen zu lösen und positive Erfahrungen zu ermöglichen. Dazu empfiehlt Imhof, genauso wie auch Gawrilow (2016), das Aufstellen weniger, aber wichtiger Regeln im Klassenzimmer, bei deren Nichtbefolgen die Konsequenzen klar sind. Es sollte unbedingt ein kooperatives Klima gefördert werden und Wettbewerbsdenken vermieden werden.

Struktur

Für Kinder mit ADHS ist es besonders wichtig, dass es klare Strukturen und Vorgaben gibt. Arbeitszeit sollte in überschaubare Einheiten unterteilt werden und Zeitvorgaben sollten eingehalten werden. Imhof empfiehlt eine Aufgabe in mehrere Teilaufgaben zu zerlegen, so hat das Kind jeweils kleine Teilerfolge und die Lehrperson die Möglichkeit, öfter Rückmeldung zu geben. Eine klare Struktur hilft dem Kind zu erkennen, dass der Unterricht einen erkennbaren

Verlauf hat. Wichtig ist dabei auch, dass die gesetzten Strukturen immer gleichbleiben. Imhof bietet dazu Checklisten an, sowohl für das betroffene Kind als auch für die Lehrperson. Diese ermöglichen die Arbeit zu strukturieren und erledigte Punkte abzuhaken.

Strategie

Eine wichtige Aufgabe von Lehrpersonen ist es, den Kindern Strategien zu vermitteln, was bei Kindern mit ADHS eine noch grössere Rolle spielt. Das Ziel dieser Strategien soll sein, die Impulsivität der Kinder zu zügeln und ihnen eine Arbeitsweise zu vermitteln, die es ihnen erlaubt, den Überblick zu behalten und die einzelnen Arbeitsschritte zu kennen. Imhof bietet dazu einen achteiligen Schritte Plan an, der mit dem Kind besprochen und auch visualisiert wird. Die acht Schritte sind Aufgabenanalyse, Materialanalyse, Zielanalyse, Konfliktanalyse, Formulierung von Teilzielen, Bewältigung von Frustration, Aufforderung zum Zeitlassen, Bewertung von Teilergebnissen. Ihr Ziel ist es, damit über längere Zeit hinweg „dem Kind ein Instrument zur Selbstregulation und Selbstkontrolle an die Hand zu geben.“ (Imhof, 2010, S.11). Natürlich ist es dabei sehr wichtig, die Schritte an das Alter des Kindes anzupassen.

Für jüngere Kinder gibt es für die Erlernung von Strategien mit dem „FEX-Aufgabenhelfer“ bereits ein geeignetes Instrument, welches ich selber schon in meinem Unterricht verwendet habe und einige Schritte von Imhof enthält.



Abbildung 11: FEX-Aufgabenhelfer (Bild gefunden auf https://project-onlineshop.de/media/image/e1/32/a6/096687_Aufgabenhelfer_F_02.jpg)

13.2. Lehrpersonenzentriert

Wie schon oben erwähnt, ist es von zentraler Bedeutung, dass alle beteiligten Lehrpersonen sich über das Störungsbild und die Symptome der ADHS bewusst sind. Sie müssen im Sinne

der Psychoedukation von Fachpersonen informiert und bestenfalls auch geschult werden. Sie sind auf gute Kooperation und Kommunikation mit den Eltern angewiesen.

Wie in den pädagogischen Ansätzen oben beschrieben, gibt es eine Vielzahl an möglichen Interventionen und gut erprobten Programmen für den Unterricht und das Klassenzimmer. Jedoch sollte auch hierbei der Lehrperson eine beratende Unterstützung zur Seite gestellt werden. Gawrilow (2016, S.135) unterstützt meine Einschätzung und führt als Beispiel das Programm „ADHS in der Schule: Übungsprogramm für Lehrer“ an, welches sich aus sieben Bausteinen zusammensetzt und der Weiterbildung der Lehrpersonen dienen soll:

Baustein 1: Erscheinungsbild der ADHS

Baustein 2: Situationsabhängigkeit des Schülerverhaltens

Baustein 3: Strukturierende Massnahmen bei ADHS in der Schule

Baustein 4: Kindliches Verhalten durch Verstärkung lenken

Baustein 5: Verstärkung durch Token-Systeme

Baustein 6: Verbesserung der Handlungsregulation des Kindes

Baustein 7: Zusammenarbeit mit den Eltern

Weiter ist die Autorin der Meinung, dass dieses Programm sogar als Standard-Weiterbildungsprogramm für Lehrpersonen gesetzt werden sollte (vgl. Gawrilow, 2016, S.136). „Die Lehrkräfte erhalten aktuelles und wissenschaftlich fundiertes Wissen über ADHS und lernen einen verhaltensbezogenen Zugang für ihren alltäglichen Unterricht kennen.“ (Gawrilow, 2016, S.136).

Abelein und Stein (2017, S.153) setzen der Pädagogik die richtige Haltung der Lehrpersonen voraus, ohne die kaum eine angemessene Pädagogik möglich ist. Sie nennen die Schlagworte „Akzeptanz, Empathie und Kongruenz“, die als Basis dienen sollen. In der darauffolgenden Umsetzung geben sie der Strukturierung einen besonderen Stellenwert, wie auch andere Experten, wie oben erwähnt. Dazu gehört die Gestaltung des Arbeitsplatzes, feststehende Rituale/Regeln, die Lernmaterialien und Arbeitsaufträge sowie die Reibungslosigkeit und der Schwung (vgl. Abelein & Stein, 2017, S.161). Neben der Strukturierung messen sie der Kanalisierung der Bewegung eine hohe Wichtigkeit bei. Diese soll aus Austoben in der Pause, Klassenamt mit Bewegung, freie Wahl der Sitzposition, ein Sitzball und Entspannung bestehen (vgl. Abelein & Stein, 2017, S.178). Ohne eine ausreichende Kompetenz der Pädagoginnen und Pädagogen ist nach Aussage der Autoren jedes Trainingsprogramm zum Scheitern verurteilt. Zu dieser Kompetenz gehört das kontinuierliche Arbeiten an der eigenen Haltung. Diese

beinhaltet Geduld gegenüber störendem Verhalten, Konsequenz und Klarheit im eigenen Verhalten und die eigene Strukturiertheit, die man auch von seinen Schülerinnen und Schülern einfordert (vgl. Abelein & Stein, 2017, S.188/189). Die Autoren berufen sich hinsichtlich Merkmale erfolgreichen Lehrerhandelns auf eine Studie von Kounin. Diese filterte die beiden wichtigsten Aspekte heraus, nämlich „Allgegenwärtigkeit“ und „Überlappung“. Allgegenwärtigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Lehrperson zu jedem Zeitpunkt den Überblick über die Klasse hat und eventuelle Störungen bereits zu erkennen, bevor sie zu einer Störung werden. Überlappung bedeutet gleichzeitig zu unterrichten und das Verhalten der Lernenden wahrzunehmen. Diese beiden Kompetenzen können ein erfolgreiches Lehren und Lernen maßgeblich beeinflussen. Um diese zu erreichen, schlagen die Autoren Fortbildungen zum Thema „Classroom Management“ und auch kollegiale Supervision vor (vgl. Abelein & Stein, 2017, S.189/190).

Ich finde ebenfalls wichtig, bei der lehrerzentrierten Pädagogik zu erkennen, dass sie der gesamten Klasse zu Gute kommt. Die meisten Programme und Tipps stehen in engem Zusammenhang mit der Förderung der exekutiven Funktionen. Eben diese Funktionen sind bei allen Kindern noch in der Entwicklung, unabhängig von ADHS, so dass alle von einer Förderung nur profitieren können.

13.3. Diskussion Pädagogik

Ich möchte gleich zu Beginn sagen, dass ich begeisterter Anhänger der Pädagogik bei ADHS bin.

Sämtliche Massnahmen können für die gesamte Klasse und die Lehrpersonen ein Gewinn sein und nicht allein für die Kinder mit ADHS.

Begonnen mit der Beobachtung der Schülerinnen und Schüler, was nicht nur bei ADHS, sondern auch bei allen anderen Kindern immer Aufgabe der Lehrperson sein sollte, über die sinnvolle Organisation und Gestaltung des Schulalltags. Hierzu gehören, dem Unterricht und dem Tag eine gute, überschaubare Struktur zu geben, Rituale zu pflegen, Bewegungspausen einzubauen, die Ressourcen und Stärken der Kinder zu entdecken und zu fördern und eventuelle Lernverträge oder Verstärkerpläne einzusetzen.

Ebenso sind eine gute Kommunikation und Kooperation zwischen der Lehrperson und den Eltern sehr wichtig. Es sollten gemeinsam (auch mit dem Kind) Ziele festgelegt werden, an denen alle gemeinsam arbeiten und sie anschliessend überprüfen.

Die aufgeführten Punkte sind generell wichtige Aspekte für guten Unterricht und eine engagierte Lehrperson und nicht nur speziell als ADHS-Pädagogik einzusetzen. Folglich könnten viele Probleme, die mit Kindern mit ADHS im Schulalltag bestehen, von vornherein vermindert oder sogar vermieden werden.

14. Fazit oder: Haben wir nicht alle ein bisschen ADHS?

Werden 10 Menschen gefragt was ADHS ist, sind 10 verschiedene Antworten zu erwarten. Auch wenn diese psychische Störung schon so lange erforscht wird, ist das Bild in den Köpfen der Menschen nicht einheitlich – selbst Experten und Expertinnen sind nicht einer Meinung. Ich möchte noch einmal vier idealtypische Ansichten in komprimierter Form gegenüberstellen:

1. ADHS ist eine psychische Störung. Die häufigste im Kindes- und Jugendalter. Aufgrund ihrer Symptome lässt sie sich eindeutig definieren und klassifizieren, was international anerkannt ist. Die Ursachen sind vor allem genetischer Natur, beinhalten aber auch gehirnorganische, gehirnstrukturelle und biochemische Faktoren. Die Interventions- und Therapiemöglichkeiten sind vor allem verhaltenstherapeutischer Natur. Wenn nötig werden Medikamente hinzugezogen.
2. ADHS ist eine Entwicklungsverzögerung unserer Exekutivfunktionen. Die Symptome sind immer ähnlich, variieren gering von Person zu Person. Bei ADHS handelt es sich um eine chronische Krankheit. Betroffene können die Symptome lindern, indem sie gezielte Trainings absolvieren oder Medikamente nehmen. Es geht bei ADHS in keins-ter Weise um Wollen oder Nichtwollen – Betroffene können nicht anders.
3. ADHS ist eine Modererscheinung und eine Schulkrankheit. Unaufmerksame und aktive Kinder gab es schon immer. Unsere Gesellschaft neigt dazu, allem einen Namen geben zu wollen. Jemand der durch sein Verhalten auffällt muss krank sein. Lehrpersonen fühlen sich besser, wenn sie ein Kind als krank anerkennen können, anstatt zu versuchen mit den Schwierigkeiten umzugehen.
4. ADHS ist die Antwort unserer Kinder auf die Entwicklung unserer Kultur und Gesellschaft. Alles wird immer schneller, kurzweiliger, bedeutungsloser. Von überall wirken Reize auf uns ein. Der kindliche Geist passt sich an, indem er mit seinen Sinnen überall

ist und nirgends zu lange verweilt. Würden wir uns mehr um die Psyche der Kinder mit ADHS kümmern, könnten wir gute Erfolge erzielen.

Damit ist die Beantwortung der Hauptfragestellung im Kurzen zusammengefasst. Aber was stimmt denn nun? Jede einzelne Sichtweise beinhaltet relevante. Ich tendiere am ehesten zur, da sie auf wissenschaftlichen Fakten und Beweisstudien basiert. Alle Erklärungen von Experten wie Döpfner und anderen sind plausibel und nachvollziehbar. Auch bei den Interventionen und Therapien berufen sie sich auf Studien, die den Erfolg belegen.

Ich denke nicht, dass allein der heutigen Gesellschaft und Kultur die „Schuld“ zuzuweisen ist, denn ADHS gibt es schon sehr lange, nicht erst seit Zeiten des enormen Medienkonsums. Wovon ich aber überzeugt bin ist, dass dieser kulturelle Wandel Kindern mit ADHS zusätzlich Schwierigkeiten bereitet. Die vielen Reize, die auf sie einwirken, machen es ihnen noch schwieriger sich auf etwas zu fokussieren und ihre Aufmerksamkeit zielgerichtet einzusetzen. Die moderne Diagnostik ist durch ihre Mehrdimensionalität geprägt. Begonnen mit allen Personen, die daran beteiligt sind, wie Kind, Eltern, Lehr- und Fachpersonen. Weiter bedeutet mehrdimensional in diesem Zusammenhang, dass verschiedene Untersuchungsmethoden vorgenommen werden. Wie in Kapitel 8. beschrieben, haben Döpfner et al. (2013) dazu sechs Leitlinien entwickelt, die alle Faktoren abdecken sollen. Dazu gehören die Exploration aller Beteiligten, standardisierte Fragebögen zur Verhaltensbeobachtung, testpsychologische Untersuchungen und die anschliessende Verlaufskontrolle. Wichtig bei allen Schritten ist, dass sie von ausgewiesenen Fachpersonen, am besten von Ärzten und Ärztinnen durchgeführt oder begleitet werden. Ebenso muss ein fester Bestandteil der Diagnostik die Differenzialdiagnostik sein. Nach Gawrilow (2016) müssen Entwicklungsstörungen, Dissozialität, Anfallskrankheiten, Anpassungsreaktionen und emotionale Störungen unbedingt ausgeschlossen werden, um ADHS diagnostizieren zu können. Ansichten und Vorurteile, dass es ganz normal ist, wenn ein Kind wild ist und nicht sofort ADHS hat, können nur mit einer umfassenden Diagnostik beseitigt werden.

Es ist absolut davon abzusehen, ADHS Diagnosen allein von Lehrpersonen oder anderen Beteiligten stellen zu lassen, was auch Becker (2014) in ihren Ausführungen betont.

Die Breite der Interventions- und Therapiemöglichkeiten, deren Erfolg nachgewiesen ist, ist nicht sehr gross. Zusammengefasst gibt es die pharmakologische Behandlung und Verhaltenstherapien, die auf eine Verhaltensmodifikation abzielen. Dazu gehören zum Beispiel das

bekannte und anerkannte THOP-Programm oder auch sämtliche Token, oder Response-Cost-Token Systeme. Weiter gibt es das Neurofeedback, was nach Aussage von Steinhausen (2016), zu den evidenzbasierten Behandlungsformen zählt. Zuletzt, aber nicht weniger wichtig, ist die Förderung der exekutiven Funktionen.

Worüber sich Fachleute einig sind ist, dass sämtlichen Behandlungen die Psychoedukation vorangestellt werden muss.

Auf Grund der Prävalenz von ADHS, gibt es im Bereich der Pädagogik in diesem Zusammenhang einen grossen Fundus an Handlungsoptionen und unterstützenden Massnahmen. Zum einen werden gezielt Schulungen oder Weiterbildungen für betroffene Lehrpersonen angeboten, zum anderen gibt es aber auch zahlreiche Tipps für den konkreten Schulalltag. Dazu gehört eine angemessene Stimulation, das bedeutet, das Interesse und die Motivation der Kinder zu wecken ohne sie zu überreizen und geeignete Standards zu setzen, zu denen Regeln, Rituale und Lob gehören. Ebenfalls ist es wichtig Bewegung zu ermöglichen, ein gutes Sozialklima zu fördern, den Unterricht und Aufgabenstellungen gut zu strukturieren und den Kindern geeignete Strategien beizubringen, die es ihnen ermöglichen, Selbstständigkeit zu erwerben und mit den Anforderungen des Alltags zurecht zu kommen.

Es ist von grosser Bedeutung, dass die Pädagogik Rücksicht auf Kinder mit ADHS nimmt und dementsprechend angepasst wird.

Bei dieser ganzen Diskussion über ADHS, die allzu präsent in unserer Gesellschaft ist, stellt sich mir dennoch die Frage: Haben wir nicht alle ein bisschen ADHS?

Die Symptom-Trias, die wenig zielgerichtete Aufmerksamkeit, die motorische Unruhe und die Impulsivität-wer kennt das denn nicht aus seinem eigenen Leben?

Nein, wir haben nicht alle ein bisschen ADHS! Wichtig ist meiner Meinung nach, anzuerkennen, dass es sich bei ADHS um eine anerkannte psychische Störung handelt. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass eben diese Symptome nicht ein normaler Teil der Persönlichkeit sind, sondern, dass sie in einem Masse ausgeprägt sind, welches es für Betroffene nicht möglich macht, ihr Leben problemlos zu führen. Besonders Kindern mit ADHS muss unbedingt genügend Aufmerksamkeit ihres Umfeldes zuteil werden. Ihren Problemen muss Rechnung getragen werden und sinnvolle Interventionen vorgenommen werden. Da es sich bei ADHS um eine chronische Krankheit handelt (Brown, 2018), die nicht einfach verschwinden wird, ist es unsere Aufgabe als Eltern und Lehrpersonen, ihnen Werkzeuge in die Hand zu geben, so dass sie lernen mit ihren erschwerten Lebensbedingungen zurecht zu kommen.

15. Methodenkritik

Eine Literaturlarbeit zu einem Thema wie ADHS bietet überaus viel Material. In Zeiten des Internets, in denen es so einfach ist an Literatur zu kommen, ist es umso anspruchsvoller, Sinnvolles von weniger Sinnvollem zu sondieren. Da ADHS ein Thema von grossem öffentlichem Interesse ist, sind Texte in hoher Anzahl zu finden.

Generell kann ich sagen, dass sich die Form der Literaturlarbeit sehr gut für meine Fragestellung geeignet hat. Es ging mir vor allem darum, zu meinen praktischen Erfahrungen den theoretischen Hintergrund zu erweitern. Das ist mir mit dieser Form der wissenschaftlichen Arbeit gelungen.

Ein so umfangreiches Feld, wie es ADHS bietet, lässt sich unmöglich in seiner Gänze in einer Masterarbeit zusammenfassen. Jeder einzelne Punkt, den ich beschrieben habe, gibt einen kleinen Teil Einblick in das komplexe Themenfeld dieser besonderen psychischen Störung. Jedoch könnte auch jeder einzelne Punkt weiter vertieft werden. Das hätte allerdings den Rahmen dieser Arbeit gesprengt und war auch nicht beabsichtigt.

Mein Ziel zu Beginn war es, ein vertieftes Verständnis für das Störungsbild der ADHS zu bekommen. Ich wollte die Ursachen und den Prozess der Diagnostik verstehen. Ausserdem sollte diese Arbeit einen guten Überblick über sinnvolle Interventionsmöglichkeiten geben. Interventionen, die sich sowohl auf den privaten als auch auf den pädagogischen Bereich beziehen. Dieses persönliche Ziel habe ich nach Abschluss der Arbeit erreicht.

Mit mehr Zeit wäre es möglich gewesen, noch mehr Expertenmeinungen miteinander zu vergleichen und eventuelle Überschneidungen oder Unterschiede darzustellen.

Die vorliegende Masterarbeit liefert einen guten Überblick über Ätiologie, Diagnostik, Intervention und Pädagogik zum Thema ADHS, für jemanden der gewisse Vorkenntnisse hat und diese vertiefen möchte. Das vor allem für Personen, die mit Kindern arbeiten und dem Störungsbild der ADHS möglicherweise in Berührung kommen und einen Beitrag zur Psychoedukation, Diagnostik und Interventionen, leisten möchten.

16. Ausblick

Ich interessiere mich sehr für das Thema ADHS und habe grosses Interesse daran, die Arbeit zu vertiefen und in diesem Bereich zu forschen. Besonders bedeutsam finde ich eine detailliertere Auseinandersetzung mit der Ätiologie, das bei der auch in Fachkreisen keine Einigkeit besteht. Da ADHS keine Krankheit ist, bei der durch eine Blutprobe alle relevanten Informationen zur Verfügung stehen, ist die Ursachenforschung immer noch im Gange. Aktuelle Studien, Untersuchungen und Thesen zu diesem Thema finde ich sehr aufschlussreich. Daraus werden wieder neue Interventionsmöglichkeiten entstehen, die auch für die pädagogische Praxis relevant sind. Das wäre ein weiterer Aspekt, der sich meiner Meinung nach lohnt weiter erforscht zu werden. Bei meiner Recherche bin ich auf weitere sehr interessante Programme gestossen, wie zum Beispiel „Ich schaffs!“ von Ben Furmann (2017), welches sich systemisch mit der Lösung von Schwierigkeiten beschäftigt, abgezielt auf Verhaltensprobleme, Aufmerksamkeitsstörungen oder Ängste. Ebenfalls interessant finde ich den Ansatz von Greene (2019), der darauf basiert, Probleme zu verhindern, schon bevor sie entstehen und sich auf Erkenntnisse der Neurowissenschaften beruft. Eine empirische Arbeit, welche die Effektivität solcher Programme erforscht, wäre lohnenswert.

17. Literaturverzeichnis

- Abelein, P. S. (2017). *Förderung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- adhspedia. (20. Februar 2020). *adhspedia*. Von adhspedia: <https://www.adhspedia.de/wiki/Guanfacin> abgerufen
- adhspedia. (15. März 2020). *Token-System*. Von adhspedia.de: <https://www.adhspedia.de/wiki/Token-System> abgerufen
- Ahrbeck, B. (2007). *Hyperaktivität-Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Association, A. P. (2015). *Diagnostische Kriterien DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, N. (2014). *Schwierig oder krank? ADHS zwischen Pädagogik und Psychiatrie*. Kempten: Julius Klinkhardt.
- Birbaumer, N. (2011). Das ist wie Radfahren. *G&G*, 36-39.
- Born, A. O. (2019). *Lernen mit ADHS-Kindern-Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brown, T. E. (2018). *ADHS bei Kindern und Erwachsenen-Eine neue Sichtweise*. Bern: Hogrefe.
- Brunsting, M. (2011). *Lernschwierigkeiten-Wie exekutive Funktionen helfen können*. Mammendorf: Haupt.
- Döpfner, M. &. (2010). Multimodale Therapie. In h.-C. R. Steinhausen, *Handbuch ADHS-Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 276). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Döpfner, M. &. (2017). *Wackelpeter und Trotzopf-Hilfen für Eltern bei ADHS-Symptomen, hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten*. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M. F. (2013). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. S. (2013). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP*. Basel: Beltz.
- Furman, B. (2017). *Ich schaffs! Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden-Das 15-Schritte-Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten*. Heidelberg: Carl Auer.
- Gawrilow, C. (2016). *Lehrbuch ADHS*. München: Ernst Reinhardt.

- Gelb, M. &. (2014). *ADS/ADHS-Ein Ratgeber für Eltern, Pädagogen und Therapeuten*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Greene, W. R. (2019). *Verloren in der Schule-Wie wir herausfordernden Kindern helfen können*. Bern: Hogrefe.
- Grolimund, F. Rietzler, S. (2016). Erfolgreich lernen mit ADHS. In F. &. Grolimund, *Erfolgreich lernen mit ADHS* (S. 30-33). Bern: Hogrefe.
- Gundelfinger, R. (2019). *ADHS*. Unveröffentlichtes Skript. Zürich: HfH.
- Hartke, B. V. (2017). *49 Handlungsmöglichkeiten bei Verhaltensauffälligkeiten*. Hamburg: Persen.
- Heil, G. E. (2007). *Schüler mit ADHS verstehen, fördern, stärken-Massnahmen und Methoden für Lehrer aller Schularten*. Neuried: Care-Line GmbH.
- Huss, M. (2002). Medikamente und ADS. In M. Huss, *Medikamente und ADS* (S. 54). Berlin: Urania Verlag.
- Imhof, M. (2010). Gestaltung von Lernumgebungen für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. *neue Akzente*, 4-11.
- Köln, U. (06.. März 2020). *Zentrales ADHS Netz*. Von <https://www.zentrales-adhs-netz.de/infos-zu-adhs/allgemeine-infos-zu-adhs/> abgerufen
- Merkt Julia, P. F. (Februar 2015). Klinische Diagnostik der ADHS im Vorschulalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, S. 133.
- Neuhaus, C. (2013). *Hat unser Kleinkind AD(H)S? - Symptome und Wege für Kinder von 0-3 Jahren*. Berlin: Urania Verlag.
- Roessner, V. R. (2010). Neurochemie. In H.-C. R. Steinhausen, *Handbuch ADHS-Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 76-88). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwenck, C. W. (2007). Komorbide Störungen bei ADHS im Kindes- und Jugendalter und ihre Therapie. In C. M. Freitag, *ADHS und komorbide Erkrankungen-Neurobiologische Grundlagen und diagnostisch-therapeutische Praxis bei Kindern und Erwachsenen* (S. 28-37). Stuttgart: Kohlhammer.
- Siemssen, G. (2017). Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Therapie. *Hausarzt Praxis*, 17.
- Steinhausen, H.-C. (2016). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen-Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie*. München: Elsevier GmbH.

Steinhausen, H.-C. R. (2010). *Handbuch ADHS-Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Steinhausen, H.-C. S. (2010). Klinischer Verlauf. In H.-C. R. Steinhausen, *Handbuch ADHS-Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 152-168). Stuttgart: Kohlhammer.

Toussaint, A. (16. März 2020). *Die Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung: Eine neuropsychologische Perspektive mit neuen Ansätzen für Diagnostik und Therapie*. Von Uni-Bremen: <https://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00102067-1.pdf> abgerufen

Ulbricht, H. (13.. Februar 2020). *yumpu*. Von yumpu: <https://www.yumpu.com/de/document/read/7290063/s-ulbricht-2003-staatliche-schulberatung-in-bayern/21> abgerufen

Walitza, S. (2012). ADHS bei Kindern-Diagnose und Therapie. *Info Neurologie&Psychatrie*, 14/15.

Walitza, S. (Januar 2016). (Neue) Medikamente bei ADHS. *Kinderärzte.Schweiz*, S. 22-23.

WHO. (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hogrefe.

Wikipedia. (12. Januar 2020). *Wikipedia*. Von Wikipedia: <https://de.wikipedia.org/wiki/Dopamin> abgerufen

Wikipedia. (12-. Februar 2020). *Wikipedia*. Von Wikipedia: <https://de.wikipedia.org/wiki/Methylphenidat> abgerufen

Wikipedia. (12.. Februar 2020). *Wikipedia*. Von Wikipedia: <https://de.wikipedia.org/wiki/Atomoxetin> abgerufen

Wikipedia. (12.. Februar 2020). *Wikipedia*. Von Wikipedia: <https://de.wikipedia.org/wiki/Lisdexamfetamin> abgerufen

Woggon, B. (2009). *Behandlung mit Psychopharmaka-Aktuell und massgeschneidert*. Bern: Verlag Hans Huber.

18. Anhang

1. Diagnose Checkliste für hyperkinetische Störungen nach ICD 10 und DSM 5

Diagnose nach ICD-10 (Forschungskriterien)

Alle Zusatzkriterien erfüllt

- » Beginn vor dem 7. Lebensjahr.
- » Symptomausprägung in mehr als einer Situation (Familie, Schule, Untersuchung).
- » Symptome verursachen Leiden/Beeinträchtigung der sozialen/schulischen/beruflichen Funktionsfähigkeit.

Mindestens 6 Kriterien erfüllt?

F90.9
Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung

F90.0
Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

Diagnose-Checkliste DCL-ADHS1) Symptomkriterien nach ICD-10 und DSM-IV ([] = Nur ICD-10; { } = nur DSM-IV, Dauer der Symptomatik; mind. 6 Monate

A | Aufmerksamkeitsstörung

- Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten. 0 1 2 3
- Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten. 0 1 2 3
- Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihm/ie ansprechen. 0 1 2 3
- Führt häufig Aufträge anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten). 0 1 2 3
- Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren. 0 1 2 3
- Vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z. B. im Unterricht, Hausaufgaben). 0 1 2 3
- Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug). 0 1 2 3
- Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken. 0 1 2 3
- Ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergesslich. 0 1 2 3

Kennwert Aufmerksamkeitsstörungen (Summe der Beurteilungen/9): 2,0

B | Überaktivität

- Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum. 0 1 2 3
- Steht (oft) im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird. 0 1 2 3
- Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen die unpassend ist. (Bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben.) 0 1 2 3
- Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen. 0 1 2 3
- Zeigt anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Anforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist. 0 1 2 3
- (Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“.) 0 1 2 3

Kennwert Überaktivität (Summe der Beurteilungen/5): 2,2

C | Impulsivität

- Platzt häufig mit Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist. 0 1 2 3
- Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen). 0 1 2 3
- Unterbricht oder stört andere häufig (z. B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein). 0 1 2 3
- Redet häufig übermäßig viel (ohne angemessene soziale Beschränkungen zu reagieren) (im DSM-IV unter Überaktivität) 0 1 2 3

Kennwert Impulsivität (Summe der Beurteilungen/4): 2,0

Urteil

| | |
|---|---|
| Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3) | 6 |
|---|---|

Mindestens 3 Kriterien erfüllt? **ja** **nein**

Mindestens 1 Kriterium erfüllt? **ja** **nein**

Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt? (siehe DCL-SSV)

F90.1
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Keine Ausschlusskriterien erfüllt

- » keine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84)
- » keine Manische Episode (F30)
- » keine Depressive Episode (F32)
- » keine Angststörung (F41)

1) aus: Döpfner, Götz-Dornen & Lehmkühn (2008): Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DSYPS-III). Bern: Huber. Bezug: <http://www.tesztentrale.de/>

Abbildung 12: https://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/zentrales_adhs-netz/für_therapeuten/Diagnostik/Diagnostik_Ki_Ju/Diagnose_Checkliste_DCL_ADHS.pdf

2. Problemliste: Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie (Beispiel)

Problemliste: Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie

Name des Kindes: **Christian P.**
 heutiges Datum:
 Beurteiler: **Mutter**

Beurteilen Sie bitte für die vergangene Woche:
 1. wie häufig das beschriebene Problemverhalten aufgetreten ist
 2. wie belastend oder beeinträchtigend Sie das Problem empfunden haben

| Problemverhalten | Wie häufig trat das Problemverhalten auf? | | | | | | Wie belastend war das Problem? | | | | | | | | |
|---|---|--------|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|--------------------------------|---|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| | nie | einmal | 2-3 Mal | täglich | mehrm. tägl. | ständig | Kein Problem | | | Es hätte nicht schlimmer sein können | | | | | |
| 1. Wird beim Anziehen morgens schnell ungeduldig und brüllt los. | 0 | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 2. Quengelt, weint und schimpft bei den Hausaufgaben. | 0 | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> | 8 | 9 |
| 3. Läßt sich bei den Hausaufgaben leicht ablenken und braucht sehr lange, bis sie beendet sind. | 0 | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input checked="" type="checkbox"/> | 9 |
| 4. Wird bei Grenzsetzungen schnell weinerlich, schimpft und mault. | 0 | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 5. Wie problematisch war das Verhalten des Kindes insgesamt? | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> | 8 | 9 |

Arbeitsblatt T03 | Problemliste: Verhaltensprobleme des Kindes

Abbildung 9: Individuelle Problemliste (nach Döpfner et al., 2007d) – Beispiel

Abbildung 13: Döpfner et. al., 2013, S. 77